GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1894

ANNÉE 1894

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS

SOIXANTE-CINQUIÈME ANNÉE — NEUVIÈME SÉRIE — TOME I

DIRECTEUR : Dr F. de RANSE

RÉDACTEUR EN CHEF : Pierre SEBILEAU



PARIS

RUE VIGNON, 28

65e Année. 9e Série. Tome I | N° 1 | 6 Janvier 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef* : **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal : 28, rue Vignon

CRITIQUE MÉDICALE

Sur les endocardites infectieuses.

Voici un sujet dont l'histoire est pour ainsi dire née d'hier et qui, dans cet espace de temps si court, a subi des remaniements et acquis un développement qui en font présentement une des questions les plus vastes de la pathologie interne. En effet, si l'on se reporte aux premiers travaux de Senhouse Kirkes, de Charcot et Vulpian, de Lancereaux et qu'on les compare aux notions actuelles, on voit que les limites du sujet ont été démesurément agrandies, si bien que le domaine des endocardites appelées d'abord ulcéreuses semble destiné à croître indéfiniment. Le mérite, ou si l'on veut la responsabilité de cette transformation revient presque tout entier à la bactériologie, cette science née d'hier, qui semble destiné à révolutionner la médecine. Grâce aux documents qu'elle a fournis on a pu éclairer certains points qui paraissaient insolubles, et on a été conduit à substituer à la première dénomination celle d'endocardite infectieuse, d'un sens plus vaste et mieux approprié pour caractériser la véritable nature du mal. C'est qu'en effet l'étiologie de cette classe d'endocardites relève presque entièrement du domaine de l'infection : du moins les maladies qui y figurent sont celles que les nosologistes s'accordent à ranger sous ce dernier vocable. Delà une compréhension nouvelle du mot et de la chose, et par suite création d'un chapitre de pathologie vraiment nouveau, sans analogue dans la médecine du passé. De fait, ce sujet a inspiré dans ces derniers temps de nombreuses recherches que justifie simplement son importance vraiment spéciale.

Les auteurs de ces récents travaux ont été d'ailleurs guidés par des préoccupations différentes. L'un d'eux, que nous aurons particulièrement en vue ici, s'est attaché spécialement à isoler les variétés cliniques et à pénétrer la pathogénie de cette classe d'endocardites. Son mémoire est à proprement parler une œuvre de critique dans laquelle il s'est proposé d'adapter aux faits une théorie plus conforme aux acquisitions les plus récentes. Il formule d'abord, pour la résoudre négativement, cette question préalable : doit-on maintenir la séparation traditionnelle entre les endocardites simples et celles qui sont qualifiées actuellement d'infectieuses? La légitimité de cette distinction lui paraît discutable, du moins au point de vue spécial de l'étiologie. Ce qui est plus admissible, c'est qu'une même maladie comporte des degrés, les uns représentés par des formes légères bénignes répondant aux formes simples de la vieille classification, les autres par des formes graves, sévères, qui constituent précisément ce que l'on a désigné sous la rubrique d'endocardites malignes. Voilà déjà un pas de fait vers la simplification, un progrès dans le sens de l'unité. Mais cette opinion, d'ailleurs séduisante, implique nécessairement une autre idée, à savoir, que toute endocardite, quelle qu'elle soit, est presque toujours d'origine infectieuse. C'est là une proposition un peu risquée, mais qui pourtant soutient l'examen.

Ainsi l'endocardite rhumatismale, que l'on oppose si souvent aux autres variétés, ne ferait point exception à cette remarque, et rentrerait dans la même catégorie. N'offre-t-elle pas quelques traits communs avec celles auxquelles on la compare si souvent, et ne voit-on pas, chez certains rhumatisants, la complication cardiaque assumer une gravité égale à celle notée dans d'autres conditions? Et le rhumatisme lui-même, ne peut-on le considérer comme une sorte d'état infectieux d'allure personnelle et spéciale, plus uniforme et plus constante que celle de ses congénères? On voit à quelles vues hardies, mais cependant soutenables, peut conduire un examen approfondi de la question. Le fait est que, pour les pathologistes consciencieux, il ne reste presque plus rien de la vieille catégorie des endocardites simples, car on ne peut y faire rentrer le traumatisme et le froid, deux causes banales s'il en fût, et dont l'action, d'ailleurs, n'est rien moins que prouvée, sauf pour la production de lésions purement mécaniques. On est conduit ainsi à considérer toute endocardite vraie-

comme le résultat de la localisation valvulaire d'un principe infectieux apporté par la circulation. Le nombre de celles qui paraissent encore réfractaires à cette explication se restreindra sans doute de plus en plus.

En ce qui concerne les modalités cliniques par lesquelles peut s'affirmer l'infection de l'endocardite, nos connaissances sont encore très incomplètes, et il s'en faut que nous puissions déjà en tracer une description satisfaisante. Il y a, ici comme ailleurs, une diversité de tableaux symptomatiques telle que tout essai de classification paraîtrait prématuré. Même, les anciennes dénominations par lesquelles on a cru pouvoir les désigner prêtent plus ou moins à la critique : par exemple, celle d'endocardite *typhoïde* que Bouillaud avait proposée il y a plus de cinquante ans, sans y attacher le sens qu'on lui impute aujourd'hui, ou celle de *pyémique*, dont le tort est de spécifier un groupe de faits restreint et tout à fait à part. Mieux vaut, dit M. Pineau, chercher les éléments d'une classification dans la marche de la maladie, puis dans l'étude de certains phénomènes d'importance primordiale comme la température, cet élément capital dans les maladies infectieuses. On arrive ainsi à établir, en regard des deux précédentes, une forme apyrétique, une autre continue non hyperthermique, puis une continue paroxystique, une à type intermittent, enfin une septième à poussées successives Il y aura même des formes mixtes, engendrées par le mélange en proportions diverses des symptômes particuliers aux variétés précédentes. D'ailleurs, parmi toutes ces formes, les unes seront malignes, ce sera la très grande majorité : les autres bénignes, aboutissant habituellement à la guérison. L'endocardite rhumatismale restera le type classique de ces dernières. Le pronostic ne sera donc pas oublié dans ce tableau, il y figurera même logiquement comme un moyen de classification. Ainsi la clinique justifiera l'établissement des catégories, elle leur donnera un point d'appui solide; c'est du moins ce que M. Pineau cherche à établir dans le travail auquel nous avons déjà fait allusion.

Nous ne pouvons le suivre dans les considérations qu'il émet sur ce point, cela nous entraînerait hors des limites assignées au présent article. Sans doute, on pourra trouver quelque chose d'artificiel et de schématique dans la description de chacune des variétés. On pourra dire que l'auteur a exagéré l'importance de tel et tel symptôme, qu'il a légèrement forcé la note, à l'effet d'accentuer la séparation désirée. Il n'en est pas moins vrai qu'il y a là une tentative intéressante, au bout de laquelle on entrevoit une modification des errements cliniques sanctionnés par la routine. Et en attendant, nous apprenons des choses nouvelles; celle-ci entre autres, à savoir que certaines formes dites apyrétiques peuvent durer des semaines et des mois, et même emprunter le masque des affections dites cachectisantes, au point d'imposer l'idée d'une affection viscérale de nature organique.

M. Pineau cite à cet égard un fait récent observé dans le service de Jaccoud et suivi d'autopsie. Pendant la vie, on avait pu croire à une péritonite tuberculeuse. L'examen nécroscopique permit de reconnaître l'existence d'une double endocardite végétante, mitrale et aortique ; de plus, l'examen bactériologique, complété par des cultures mit en lumière le rôle pathogène du pneumocoque recueilli en abondance au niveau des différentes cavités et aux organes du cadavre. Ce fait présente un intérêt capital, de même que celui de M. Peter, cité à la suite, et auquel on peut reprocher seulement le manque de critérium bactériologique. M. Pineau rapporte encore d'autres faits, un notamment dans lequel la maladie emporta le sujet à un âge précoce, avec le masque d'une affection congénitale. La preuve de la nature infectieuse des endocardites relevées dans plusieurs de ces faits, on la trouve d'abord dans l'examen bactériologique, puis dans l'apparition des phénomènes hyperthermiques ultimes constatés quelques jours avant la mort chez plusieurs malades, enfin, dans la coïncidence de certaines lésions non douteuses, rate volumineuse, abcès miliaires généralisés, etc.

Mêmes considérations à propos des autres formes que nous avons énumérées plus haut. On peut, vis-à-vis de chacune, invoquer tel et tel argument qui justifie à la fois sa catégorisation clinique et l'affirmation de sa nature infectieuse. Une des plus intéressantes, est celle qui se présente avec une allure intermittente plus ou moins régulière. Celle-ci paraît constituer une forme de transition entre les endocardites fébriles et les endocardites sans fièvre. Mais de nouveaux faits sont nécessaires pour marquer la place qu'elle doit occuper définitivement.

Une question du plus haut intérêt est celle de la pathogénie de ces endocardites, chez lesquelles la diversité d'aspect clinique ne répond pas toujours à une différence équivalente dans la nature de l'agent infectieux provocateur des lésions intra-cardiaques. En tête figure le rhumatisme, le grand fauteur des affections organiques du cœur. Incontestablement, le rhumatisme peut créer des endocardites infectieuses, mais dans quelles conditions? On ne peut formuler ici que des hypothèses, dont la plus vraisemblable consiste à admettre que le rhumatisme est lui-même une sorte de maladie infectieuse à contage encore mal déterminé mais susceptible de créer de toutes pièces des produits pathologiques semblables à ceux qui résultent d'autres maladies septicémiques ou virulentes. Les recherches instituées jusqu'à présent pour déterminer cet élément bactérien n'ont pas abouti, pourtant quelques observateurs disent avoir constaté l'existence d'un microbe très analogue au pneumocoque. Il y a encore une autre interprétation, plus large, qui consiste à faire du rhumatisme une simple modalité clinique susceptible d'être réalisée par divers agents infectieux. Mais c'est là une induction qui dépasse encore le champ des hypothèses permises.

On peut appliquer des réflexions analogues aux fièvres éruptives, scarlatine, rougeole, variole, qui figurent à côté du rhumatisme dans la même étiologie. Ici encore on peut, par analogie, suspecter l'influence d'un élément pathogène spécifique. Cela est vraisemblable surtout pour la variole qui présente au maximum les caractères des pyrexies infectieuses, et aussi pour la pneumonie, maladie générale à détermination pulmonaire dont on connaît aujourd'hui le microbe caractéristique : enfin pour la blennorrhagie qui est reconnue depuis longtemps être de nature microbienne, et pour l'érysipèle, affection nettement streptococcique.

Dans un ordre d'idées voisin, on peut invoquer encore les oreillons, la tuberculose, la fièvre typhoïde, la diphtérie, toutes maladies dont le nom éveille l'idée d'une évolution virulente ou bacillaire momentanément imposée à l'organisme avec toutes les conséquences qu'elle comporte;

puis l'infection puerpérale, les suppurations locales, la pyhémie, qui représentent autant de septicémies, plus ou moins toxiques.

On rapprochera de toutes ces causes les données fournies par la bactériologie, et quand on connaîtra celles-ci, on sera moins surpris de leur variété. De fait, M. Pineau ne cite pas moins de 7 espèces microbiennes constatées par divers auteurs dans des cas d'endocardite maligne, circonstance qui pouve bien que cette maladie ne ressortit pas à une cause uniforme, mais qu'elle est en réalité l'aboutissant d'infections fort diverses. On ne saurait donc plus la faire figurer dans la pathologie à titre d'individualité spéciale et d'entité morbide ; on doit plutôt la considérer comme une sorte de carrefour commun où convergent différentes intoxications ou septicémies.

C'est la seule conclusion permise dans l'état actuel de la science; mais il est permis d'entrevoir le moment où des catégories pourront être créées et des espèces individualisées, sans doute pour le plus grand bien de la pathologie générale, dont cette question relève autant et peut-être plus que toute autre.

P. M.

CLINIQUE SYPHILIGRAPHIQUE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Le tertiarisme précoce

(Suite) (1).

IX

II. — Les manifestations cérébrales que produira le tertiarisme précoce sont très diverses.

A. — Les unes consistent en des symptômes cérébraux isolés, c'est-à-dire non accompagnés des autres symptômes qui forment le cortège usuel des affections cérébrales.

Telles sont, comme exemples, l'épilepsie et l'aphasie.

On a vu plusieurs fois, dès la première année de la syphilis, se produire des accès épileptiques qui, d'une part, ne pouvaient être expliqués par aucune raison étrangère à la syphilis et dont la nature spécifique, d'autre part, a été le plus souvent démontrée par les heureux résultats du traitement.

De même, on a observé des accès d'aphasie se produisant isolément, sans association avec d'autres phénomènes cérébraux.

B. — Bien plus communément ce qu'on observe, comme expression cérébrale du tertiarisme précoce, consiste en des syndromes cérébraux complexes, constituant ce qu'on appelle la syphilis cérébrale.

Ici, c'est la syphilis cérébrale typique, ordinaire, faisant son entrée en scène d'une façon prématurée ; c'est la syphilis cérébrale transportée dans la période secondaire, rien de plus.

Cette syphilis cérébrale de la première année, à coup sûr, est notablement inférieure comme fréquence à celle des huit années suivantes, c'est-à-dire de la 2e à la 9e année; et surtout à celle de la 3e et de la 4e année, qui représentent son fastigium. Mais elle est plus commune par exemple que celle de la 10e année et infiniment plus que celle des années suivantes. Et, cela, contrairement à une opinion trop accréditée qui fait de la syphilis cérébrale une manifestation de vérole âgée, voire très âgée.

C'est ce qui ressort du tableau suivant dressé d'après 375 cas de syphilis cérébrale.

1re année :	18 cas.		15e année :	12 cas.	
2e —	18 —		16e —	8 —	
3e —	55 —		17e —	6 —	
4e —	41 —		18e —	1 —	
5e —	20 —		19e —	7 —	
6e —	31 —		20e —	8 —	
7e —	25 —		21e —	3 —	
8e —	17 —		22e —	0 —	
9e —	23 —		23e —	4 —	
10e —	15 —		24e —	2 —	
11e —	14 —		25e —	1 —	
12e —	14 —		29e —	1 —	
13e —	10 —		37e —	2 —	
14e —	8 —		38e —	1 —	
	Total......	375 cas.			

En outre, au cours de la première année, cette syphilis cérébrale peut être plus ou moins précoce.

Le plus souvent elle se manifeste dans le dernier trimestre de cette première année, c'est-à-dire du 9e au 12e mois.

Mais elle peut apparaître plus tôt, au 8e mois, au 7e mois, au 6e.

Elle peut même, mais cela est bien plus rare, entrer en scène dès le 5e mois, dès le 4e, voire dès le 3e. (Cas de Budd, Mauriac, etc.)

Comme exemple, je vous citerai le cas suivant, observé ici même et relaté *in extenso* par M. le Dr Ménétrier.

Un jeune homme de 26 ans contracte un chancre syphilitique au commencement de novembre 1884. Il ne se soumet à aucun traitement. Le 14 janvier, donc au cours du 3e mois, il ressent un violent mal de tête qui se continue les jours suivants et, le 17, il est frappé d'hémiplégie droite.

Il entre alors à l'hôpital et, le 18, nous constatons sur lui :

La cicatrice de son chancre avec des pléiades inguinales caractéristiques ;

Une roséole typique ;

Et une hémiplégie.

Une hémiplégie avec une roséole, à moins de trois mois de distance du chancre ! Voilà certes associés deux symptômes bien discordants !

On n'a pas remarqué jusqu'ici que cette syphilis cérébrale précoce se distinguât par quelque modalité clinique particulière de la syphilis cérébrale des étapes plus avancées, de celle, par exemple, de la 3e ou de la 5e année.

Je me bornerai donc, sans entrer dans les détails, à vous dire que sa forme la plus habituelle est celle de l'*hémiplégie syphilitique* laquelle se présente d'ordinaire avec les six attributs suivants :

1° Hémiplégie le plus souvent précédée d'une étape de céphalée plus ou moins intense, avec alourdissement, abasourdissement ;

(1) Voir *Gazette médicale*, nos 49, 50, 51 et 52, 1893.

2° Hémiplégie se produisant d'une façon usuelle sans ictus apoplectique, sans perte de connaissance ;

3° Hémiplégie progressive, en ce sens qu'elle débute par une simple lourdeur d'un membre qui, peu à peu, en un ou deux jours, se parésie, puis se paralyse ;

4° Hémiplégie extensive, c'est-à-dire qu'elle envahit d'abord un membre, puis un autre, puis la face ;

5° Hémiplégie incomplète, en ce sens qu'elle paralyse les membres en leur laissant la liberté de quelques mouvements; ce n'est pas une paralysie flasque, où le membre est comparable à celui d'un cadavre ;

6° Hémiplégie respectant le plus généralement la sensibilité.

X

Mais ici, Messieurs, se présente à discuter une question plus particulière et plus intimement liée à notre sujet.

Que deviennent ces syphilis cérébrales précoces, de la première année ? Et surtout comportent-elles la gravité des syphilis cérébrales d'un autre âge, d'une période plus avancée ?

A priori, vraiment, il serait presque logique de croire que ces syphilis cérébrales précoces doivent être moins redoutables que les autres, c'est-à-dire qu'elles empruntent une bénignité au moins relative au caractère de la période morbide à laquelle elles se sont produites.

Eh bien cette induction n'est pas légitimée, tant s'en faut. Et ces syphilis cérébrales précoces semblent aussi graves que celles de n'importe quelle étape de la vérole.

Sans doute, elles peuvent guérir et guérir complètement. Inutile d'en citer des exemples ; c'est un fait acquis. Mais il est fréquent, très fréquent aussi qu'elles tournent mal, qu'elles aboutissent à des terminaisons regrettables, tout en laissant la vie sauve. Ainsi :

A. Maintes fois je les ai vues se terminer ou bien par des guérisons incomplètes, ou bien par des contractures irrémédiables.

Par des guérisons incomplètes. Exemple : Un de nos confrères prend professionnellement un chancre à l'index. Au 4e mois de l'infection, il est frappé d'hémiplégie gauche. Il se traite et guérit, mais sa jambe gauche reste lourde, un peu traînante, et sa main gauche reste maladroite, inhabile.

Par des contractures définitives. Exemple : Un malade syphilitique est frappé d'hémiplégie gauche, au 8e mois de l'infection. Bien que traité, il n'aboutit pas moins à une contracture définitive. Il marche, mais lourdement, lentement, et en « fauchant », suivant l'expression consacrée. Quant à son bras, il est absolument impotent, contracturé et serré contre le thorax ; l'avant-bras ne peut s'étendre sur le bras et les doigts sont crispés et fléchis dans la paume de la main. Bref, cet homme est un infirme.

Eh bien, voilà un mode de terminaison commun pour les syphilis cérébrales précoces.

B. — D'autre part, les syphilis cérébrales précoces ne sont pas moins sujettes à récidive que les syphilis cérébrales d'une étape plus avancée.

Souvent elles guérissent ou complètement, ou incomplètement. On croit le malade délivré. Puis, quelques mois, un an ou deux ans plus tard, se produit une seconde entrée en scène d'accidents cérébraux qui remet tout en question.

C. — Enfin, en certains cas heureusement rares, mais dont on possède cependant un certain nombre d'exemples, ces syphilis aboutissent à la mort, voire y aboutissent parfois avec une rapidité singulière. C'est cette même rapidité d'évolution que nous avons signalée précédemment à propos de certaines formes d'ulcérations tégumentaires des syphilis malignes.

Ainsi :

Un de mes malades prend la syphilis en novembre. En février il commence à souffrir de violents maux de tête. En mars il est frappé d'hémiplégie et meurt en moins d'un an des progrès toujours croissants de sa lésion cérébrale.

Une observation de M. le Dr Lavergne nous montre un malade qui, frappé d'hémiplégie au 3e mois de sa syphilis, ... passagèrement amélioré sous l'influence du traitement, fut atteint quatre mois plus tard d'un nouvel ictus et mourut en quarante-huit heures, c'est-à-dire au 7e mois de sa syphilis. (Th. Dr Gaudichier, p. 147.)

Enfin Flemming a rapporté le fait d'une jeune fille de 20 ans prise, au cours d'une syphilis secondaire, d'une encéphalite qui l'emporta en cinq jours. (Dr Gaudichier, *id.* p. 15.)

De tels cas ne présentent-ils pas vraiment un cachet de malignité toute spéciale? Et, à ce point de vue, le tertiarisme nerveux précoce n'est-il pas le digne pendant du tertiarisme cutané précoce?

(*A suivre.*) Dr P. PORTALIER.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Technique et indications principales du lavage de l'estomac

Le lavage de l'estomac est entré, à l'heure actuelle, dans la pratique médicale courante, et il est bien peu de praticiens qui n'aient eu l'occasion de l'employer dans la clientèle. Peut-être même devant l'innocuité presque absolue de cette petite opération et en présence du soulagement qu'elle apporte fréquemment aux malades, a-t-on tendance aujourd'hui à prescrire des lavages sinon trop fréquents, du moins trop longtemps prolongés. Les lavages avec l'eau de Vichy artificielle, comme on le prescrit le plus souvent, ne sont pas cependant sans avoir une influence sur la muqueuse gastrique. Les divers auteurs qui ont étudié cette question dans ces dernières années sont à peu près d'accord pour faire du bicarbonate de soude un excitant de l'appareil glandulaire gastrique et l'on comprend facilement le mal que pourrait faire à la longue cette excitation répétée plusieurs fois par jour et souvent pendant des mois entiers. Aussi ne sera-t-il peut-être pas sans intérêt de montrer, dans l'état actuel de nos connaissances, dans quelle condition et dans quelle mesure on doit recourir à l'usage des lavages de l'estomac pour le traitement des gastropathies.

Laissant de côté les empoisonnements de quelque nature qu'ils soient, qui exigent fréquemment une évacuation immédiate de l'estomac, nous ne nous occuperons que des maladies proprement dites de cet organe, et parmi ces maladies, de celle que l'on désigne sous le nom générique de gastrite chronique.

Mais auparavant, nous décrirons en quelques mots la technique des lavages de l'estomac.

La meilleure position à faire prendre au malade est la position assise. Le patient assis sur une chaise est protégé par une alèze ou une grande serviette qui, en même temps, empêche, dans une certaine mesure, les mouvements des bras. Le médecin, après avoir humecté le bout de la sonde, soit avec de l'eau simple, soit avec un peu de glycérine, se place à la droite de son malade et avant d'essayer d'introduire la sonde, tâche de le rassurer du mieux qu'il lui est possible. Puis, lui présentant la sonde de la main droite, il l'engage à la mettre lui-même dans sa bouche et à la mâcher comme il le ferait d'un morceau de caoutchouc, puis au bout de quelques instants, de faire un mouvement de déglutition. Il est bien rare qu'après une ou plusieurs tentatives le tube ne pénètre pas facilement. Dès qu'elle est engagée dans l'œsophage, ce qui se reconnaît facilement aux bruits qui se font dans le tube et qui sont dus aux gaz qui s'échappent de l'estomac, la sonde est poussée doucement avec ménagements et temps d'arrêt dans l'intervalle des efforts de vomissement, jusqu'à ce qu'elle soit arrivée dans l'estomac, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'un peu de mucus ou de liquide stomacal, arrive jusque dans l'entonnoir, à la suite d'un de ces efforts. Il ne faudrait pas se fier, en effet, à la longueur du tube introduit, car il y a beaucoup de variations, non seulement suivant la taille des individus, mais encore suivant la dilatation plus ou moins grande de l'estomac. Il peut arriver que l'on croie la sonde dans l'œsophage alors qu'elle est simplement repliée dans l'arrière-gorge: il suffit d'introduire l'index de la main gauche dans la bouche pour se rendre compte de ce fait. On retire alors un peu la sonde et on essaie de l'introduire de nouveau.

Cette méthode de douceur doit toujours être tentée, et réussit le plus souvent. Cependant dans certains cas, chez certaines personnes nerveuses principalement, il faut être un peu plus brusque, porter dès le début l'index de la main gauche jusque dans l'arrière-gorge, et faire glisser la sonde sur son doigt comme conducteur. La sonde dans l'œsophage, on la pousse pour éviter les efforts qui la rejettent parfois.

La sonde est maintenant dans l'estomac. On doit alors laisser se vider de lui-même le contenu stomacal parfois très abondant, aidant même à cette évacuation par une légère pression sur l'épigastre et par de petits mouvements imprimés à la sonde pour amener des efforts de vomissement, puis on versera dans l'entonnoir tenu à une hauteur modérée pour n'avoir pas une pression trop considérable, le liquide dont on se sert pour le lavage. Au moment où il atteint le fond de l'entonnoir on abaisse celui-ci brusquement en le renversant de façon à ce que son orifice soit plus bas que l'extrémité de la sonde restée dans l'estomac; le siphon s'amorce et le liquide revient plus ou moins chargé de détritus alimentaires. On répète cette petite manœuvre jusqu'à ce que le liquide rejeté soit parfaitement clair.

Quand doit-on pratiquer ce lavage de l'estomac? L'indication principale est la stagnation de matières alimentaires dans l'estomac. Le lavage de l'estomac s'impose toutes les fois que l'on a affaire à un estomac dilaté qui ne se vide pas complètement de son contenu dans l'intervalle des repas. Chaque fois que quatre à cinq heures après l'ingestion d'aliments et à plus forte raison le matin à jeun, on trouve un estomac qui clapote jusqu'au niveau de l'ombilic ou au-dessous, on peut être sûr qu'il y a dilatation et qu'il existe du liquide dans l'estomac; que par conséquent il y a stagnation des matières alimentaires et fermentation anormale de ces matières. Il est donc tout indiqué de vider l'estomac de ce liquide qui, par sa quantité et surtout par sa qualité, est une cause d'irritation permanente pour la muqueuse gastrique.

Ce liquide retrouvé à jeun dans l'estomac peut cependant ne pas être dû à une stagnation du bol alimentaire, mais reconnaître pour cause une hypersécrétion glandulaire comme dans certains cas de gastrosucborrée assez rares d'ailleurs. Mais le plus souvent ces dilatations parfois énormes se rencontrent dans les cas de sténose pylorique, soit par rétrécissement fibreux à la suite d'un ulcère cicatrisé de cette région, soit par cancer du pylore, soit par la compression d'une tumeur de l'abdomen et surtout du pancréas.

Dans ces cas les lavages doivent être pratiqués avec précaution une fois par jour, deux fois au maximum si le malade continue à avoir de l'appétit et mange notablement. Ils doivent être faits simplement à l'eau bouillie, car il s'agit là d'une simple évacuation et non d'une action thérapeutique à exercer sur la muqueuse.

Quelquefois, après avoir constaté nettement le clapotage à jeun et diagnostiqué la présence d'une quantité notable de liquide dans l'estomac, on est tout étonné de ne rien retirer même à l'aide de la pompe gastrique et d'avoir beaucoup de peine à faire sortir le liquide qu'on pu faire pénétrer dans l'estomac. On a affaire dans ces cas d'après M. le professeur Hayem, à des estomacs complètement atones dans lesquels la fibre musculaire a perdu en grande partie sa contractilité. Il faut donc auparavant s'occuper de cette atonie et tâcher de la modifier par les agents physiques tels que l'électricité et le massage.

Ces dilatations ne relevant pas toutes de la même cause donnent à l'examen chimique un type très variable. Cependant étant donnée la fréquence de la sténose pylorique cancéreuse, c'est le plus souvent au type hypopeptique que l'on a affaire.

Dans l'hyperchlorhydrie cependant on peut être aussi amené à faire usage du lavage de l'estomac; mais alors on a surtout en vue de calmer l'excitation glandulaire.

Ces lavages calmants accompagnés d'un régime approprié tel que l'a indiqué M. le professeur Hayem dans ses leçons de thérapeutique, sont pratiqués en général tous les matins à jeun. Ils se font avec une solution antiseptique faible, telle qu'une solution d'acide salicylique à 1/1000, ainsi que le recommande M. Hayem, et ne doivent pas être continués plus de douze à quinze jours.

La douleur est un symptôme trop variable pour être une indication au lavage de l'estomac. Certains dilatés souffrent beaucoup et sont soulagés par les lavages. D'autres qui ne souffrent pas n'en ont pas moins besoin qu'on évacue leur contenu stomacal. D'autres enfin qui souffrent, voient leurs douleurs augmentées par le lavage. A ceux-là, il faut des lavages spéciaux, lavages médicamenteux si l'on peut s'exprimer ainsi. Mais ces derniers rentrent dans la thérapeutique générale des gastropathies, question encore peu élucidée et qui demande de nouvelles études. Aussi bornerons-nous là ce petit exposé pratique.

J. Hulot,
Interne des hôpitaux

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 janvier 1894. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

Le typhus exanthématique en France en 1893.

M. PROUST. — D'une étude faite d'après les statistiques, il résulte qu'on doit faire entrer en première ligne comme facteur étiologique de propagation, le vagabondage. L'épidémie avait son origine en Bretagne. La fréquence de la contagion chez les médecins et infirmiers est très marquée.

Le diagnostic précoce est nécessaire puisqu'il détermine l'application des mesures d'isolement et de désinfection. Il y a eu tout récemment plusieurs cas de typhus signalés, dont trois à Paris : les mesures doivent être prises d'emblée pour enrayer l'épidémie.

Du passage des substances étrangères à l'organisme à travers le placenta.

M. PORAK lit sur ce sujet un travail dont nous donnons un court résumé. L'arsenic, le cuivre, le plomb, l'atropine, le phosphore passent à travers le placenta, tandis que le mercure et l'alizarine ne le traversent pas. Le cuivre et le mercure s'accumulent dans le placenta, tandis que le plomb ne s'y trouve pas.

Les poisons s'accumulent et diffusent beaucoup plus vite chez le fœtus que chez la mère : et il y a là une explication pathogénique de certains avortements qui sont dus à une action de ces poisons sur la circulation placentaire ou à un retentissement de la santé de la mère sur celle de son enfant.

Cela explique aussi la mortinatalité et la polymortalité des fœtus par l'accumulation de la substance toxique dans le placenta et le système nerveux central.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 décembre 1893. — Présidence de M. LACAZE-DUTHIERS.

Stabilité à l'air d'une solution de sublimé au millième.

M. TANRET. — En réponse à une communication de M. Léo Vignon sur l'altération que subirait une solution de sublimé au millième laissée à l'air, j'ai fait l'expérience à nouveau et elle m'a démontré que l'air ordinaire peut être considéré comme sans action sur la solution, mais qu'il la décompose s'il est chargé de vapeurs ammoniacales.

Influence de certaines causes sur la réceptivité. Associations bactériennes.

M. V. GALTIER. — Il découle de recherches entreprises par moi que :

1° Le lapin devient sensible au charbon symptomatique si on lui injecte une certaine quantité d'eau dans une veine.

2° Il peut acquérir la réceptivité à la suite d'une maladie.

3° L'association du bacille Chauvœi avec une bactéridie charbonneuse atténuée.

4° Le charbon symptomatique est plus rapidement mortel si on a injecté en même temps de la bactéridie charbonneuse, il en est de même pour le charbon bactéridien par adjonction du bacille Chauvœi.

5° Dans un organisme infecté par le charbon symptomatique, la bactéridie augmente de virulence.

6° Grâce à cette association, les microbes plus ou moins atténués des deux charbons peuvent récupérer tout ou partie de leur activité pathogène.

7° Pour immuniser des deux charbons, il importe de faire les inoculations préventives des deux maladies séparément et de les séparer par un certain laps de temps.

8° Le streptococcus pneumoenteritis atténué exalte la virulence de la bactéridie atténuée et réciproquement.

9° On comprend ainsi le retour épidémique de l'une ou des deux affection à la suite des pluies.

10° Le microbe du choléra aviaire et celui de la pneumoentérite du porc agissent de même avec le bacille anthracis.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 décembre 1893. — Présidence de M. CHAUVEAU.

Sur l'origine corticale et le trajet intracérébral des fibres de l'étage inférieur du pédoncule cérébral.

M. DÉJERINE. Je me propose d'exposer à la Société un résumé des recherches que je poursuis depuis plusieurs années sur le trajet des faisceaux encéphaliques étudié à l'aide des dégénérescences secondaires. Je me bornerai aujourd'hui à l'étude de l'origine corticale et du trajet intracérébral des fibres de l'étage inférieur ou pied du pédoncule : j'exposerai dans des communications ultérieures le trajet de certains faisceaux de la calotte pédonculaire et celui de quelques faisceaux intracérébraux.

Mon étude a porté sur 23 cas de lésions corticales pures, sans participation aucune des ganglions centraux ou de la capsule interne. J'ai employé les coupes sériées suivies de l'écorce à la protubérance et colorées par les méthodes de Weigert et de Pal.

Rappelons d'abord brièvement la disposition de la capsule interne : dans la région thalamique une coupe microscopique de la capsule interne nous montre le segment antérieur, le genou et le segment postérieur qu'on peut diviser en deux parties : l'une étendue du genou à l'extrémité postérieure du noyau lenticulaire et l'autre prolongeant celle-ci jusqu'à la queue du noyau caudé : cette dernière s'appelle encore le segment rétrolenticulaire.

Le segment postérieur proprement dit est constitué par des faisceaux à direction transversale coupés par des fibres horizontales reliant le *globus pallidus* à la couche optique.

Le segment rétrolenticulaire est composé de fibres horizontales allant à la couche optique et au corps genouillé externe.

Le segment antérieur est formé des fibres horizontales du pédoncule antérieur de la couche optique.

Dans la région sous-thalamique on ne trouve plus que le segment postérieur et le segment rétrolenticulaire et entre les deux apparaît le faisceau de Türck.

Voici sous forme de conclusion le résultat de mes recherches :

1° Toutes les fibres du pied du pédoncule descendent directement de leur origine corticale, dans le pied du pédoncule.

Cette conclusion découle de l'étude d'un cas de dégénérescence totale du pied du pédoncule, le seul publié jusqu'ici, ceux de Rosselimo et de von Betcherew s'accompagnant de lésions ganglionnaires et capsulaires.

Pour topographier exactement l'origine corticale de chaque faisceau, j'ai étudié successivement des cas à lésion corticale limitée sans dégénérescence pédonculaire et d'autres avec dégénérescence du pédoncule.

Dans 4 cas, j'ai pu établir que les lésions du lobe occipital, faces interne et externe, ne retentissaient ni sur le segment postérieur de la capsule interne ni sur le pédoncule. Comme l'avait déjà établi mon élève M. Violet, la dégénérescence, dans ces cas, porte sur le segment rétrolenticulaire, le tubercule quadrijumeau antérieur et le corps genouillé externe qui constituent les noyaux d'origine des fibres visuelles.

2° Le faisceau interne du pédoncule naît de l'écorce de l'opercule rolandique et de la face adjacente de l'opercule frontal, il passe au genou et à la partie antérieure du segment postérieur de la capsule. Ceci me fut démontré dans 3 cas.

Ce faisceau dit intellectuel, est véritablement un faisceau moteur correspondant à la région où Horsley et Beevor placent les centres

corticaux de la langue, du facial inférieur, du pharynx et du larynx. Il s'épuise presque complètement dans la protubérance.

3° Le faisceau externe ou faisceau de Türch naît de la partie moyenne des deuxième et troisième temporaux.

Dans quatre cas où j'ai pu étudier ce faisceau, j'ai trouvé dans la capsule la lésion limitée à la partie postérieure du segment postérieur et seulement dans la région sous-optique. L'origine occipitale du faisceau de Türch, soutenue par Meynet et Huguenin n'est plus admissible. Ce faisceau n'est pas non plus sensitif, fait déjà démontré par Ferrier. Ses fibres s'épuisent dans la protubérance ou si elles gagnent le bulbe, ce n'est pas par la pyramide.

4° La partie moyenne du pied du pédoncule cérébral prend naissance dans la zone rolandique depuis son cinquième inférieur jusqu'à sa partie supérieure; la partie postérieure des 2e et 3e frontales, le lobule paracentral et l'extrémité antérieure du lobe pariétal compris.

Le faisceau pyramidal occupe dans le pied pédonculaire une étendue supérieure à celle que lui assigne Flechsig, c'est le résultat de 11 cas de lésions limitées à telle ou telle partie de la zone rolandique.

L'étage inférieur du pédoncule me semble constitué par un système de névromes corticaux à fibres de toute longueur ne s'arrêtant en aucun point aux ganglions centraux.

Cirrhose atrophique améliorée; infection secondaire; péritonite à pneumocoques.

MM. CHARRIN et VEILLON. — Dans le service de M. le prof. Bouchard, nous avons observé le fait suivant :

Une malade atteinte de cirrhose atrophique avait subi, à la suite de traitement (calomel, bicarbonate de soude, antisepsie digestive, lait), une amélioration notable. Mais les chéromaines d'auto-intoxication urinaire ont interrompu l'amélioration. Une péritonite se développa où on ne trouva que des pneumocoques. A l'autopsie faite vingt-cinq heures après la mort on ne trouva dans le liquide péritonéal que des bacilles d'Escherisch.

Celui-ci avait envahi les organes après la mort.

Il faut donc refuser toute autorité à des conclusions bactériologiques variées sur des résultats d'autopsie.

On pourrait même mettre en doute, dans un cas comme celui-ci, le rôle étiologique du premier microbe (pneumocoque dans le cas actuel) car il peut s'en trouver un autre qu'on ne connaisse pas et qui soit seul spécifique.

Pathogénie de la scarlatine.

M. RICOCHON (de Champdeniers) à l'appui de la communication récente de M. Bergé, relate un cas où la scarlatine se déclara à la suite d'une lymphangite établie sur un ulcère variqueux.

Les visiteurs du malade eurent qui la scarlatine, qui un érysipèle, qui une lymphangite. Aussi conclut-il à l'identité d'origine de ces affections.

Structure des ganglions viscéraux.

M. DEJERINE au nom de M. Ramon y Cajal (de Madrid) présente une note dont voici le résumé.

Les ganglions viscéraux sont formés de cellules multipolaires dont les expansions se ramifient pour gagner ensuite les plexus.

Les ganglions possèdent tous aussi des fibres unissant les cellules.

Les glandes et groupes de fibres lisses contiennent des cellules nerveuses de renforcement.

Tout chiasma représente non seulement un point d'entrecroisement, mais aussi un point de bifurcation pour quelques fibres nerveuses.

Il n'existe d'anastomoses ni entre les cellules des ganglions, ni entre les fibres qui les unissent.

Lésions digestives d'origine bactérienne.

M. CHARRIN. — A propos de la communication faite à la dernière séance par MM. Hallion et Enriquez, je tiens à rappeler que plusieurs fois j'ai entretenu la Société d'expériences faites dans ce sens par M. le professeur Bouchard qui, expérimentalement avait déterminé des lésions digestives d'origine bactérienne.

Depuis, j'ai constaté des ulcérations dues à l'élimination des produits solubles.

Dans mes expériences comme dans celles de MM. Hallion et Enriquez il s'agissait d'ulcérations plutôt que d'ulcère simple.

Streptocoque à courtes chainettes trouvé dans le pus d'un abcès pelvien.

MM. DOLÉRIS et BOURGES. — Nous avons trouvé à l'état de culture que dans un abcès pelvien, un streptococcus à courtes chainettes, analogue au streptococcus brevis de Lingelsheim, d'Espine-Marignac et Marot. Mais il en diffère en ce qu'il ne liquéfie pas du tout la gélatine, en ce que les cultures sur bouillon restent troubles pendant plusieurs jours, qu'il se décolore par la méthode de Gram.

Il s'est montré absolument inoffensif sur le lapin.

M. MATHIEU DUVAL communique le résultat de sa recherche sur le placenta des carnassier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 décembre 1893. — Présidence de M. FERNET.

Valeur sémiologique du ganglion sus-claviculaire.

M. GALLIARD. — Chez une femme de 60 ans, cachectique, ayant toutes les apparences d'une phtisie avancée sans signe pulmonaires autres que ceux d'une bronchite, a trouvé un ganglion arrondi, dur, non adhérent dans le creux sus-claviculaire gauche. La coexistence de pneumocoque dans les crachats fit porter le diagnostic de pleuro-pneumonie aiguë avec cancer latent.

L'autopsie démontra dans la région sternale supérieure l'existence d'une tumeur qu'on reconnut histologiquement être un épithélioma tubulé. On peut supposer qu'il a pris naissance dans les vestiges du thymus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 janvier 1893. — Présidence de M. PÉRIER.

M. MONOD, au nom de M. DEMMELER (de Tours), lit une observation intitulée : « péritonite tuberculeuse généralisée à forme sèche; laparotomie; lavage du péritoine; améliorations passagères; puis, fistulation; mort. »

De son observation, M. Demmeler conclut que la laparotomie applicable à certains cas aigus de péritonite, à la péritonite tuberculeuse ascitique est inutile dans les formes sèches à marche insidieuse où la généralisation se fait malgré le lavage parce que les liquides pénètrent par tous les points atteints.

M. DELENS lit un rapport sur un travail de M. NICATI (de Marseille) intitulé : *Traitement du glaucome primitif par la sclériiritomie nouvelle.*

En 1881, le 20 juillet, M. Nicati communiquait à la Société un procédé de sclérotomie équatoriale qui fut discuté par Giraud-Teulon et Léon Le Fort.

En 1891, au Congrès de Marseille, il admet que le glaucome est dû à la rétention de l'humeur aqueuse et propose la ponction scléroïdienne pour le glaucome secondaire.

Il adresse actuellement à la Société un travail sur le traitement du glaucome primitif par une opération spéciale qu'il appelle la sclériiritomie nouvelle. Son procédé opératoire est composé de trois temps.

1er *Temps*. — C'est le même que pour la sclérotomie de Bœckel.

2e *Temps*. — On fait décrire à la lame du couteau un quart de cercle pour la mettre en contact avec l'iris. La sclérocornée se trouve donc coupée suivant deux directions. L'iris est coupé.

3e *Temps*. — Retirer le couteau.

Cette opération a l'avantage de permettre un écoulement permanent de l'humeur aqueuse, de faire aussi une large section de l'iris et d'empêcher ainsi le résultat des contractures réflexes.

M. Nicati annonce qu'il enverra les résultats de sa pratique personnelle.

Traitement du prolapsus pelvien: (*Suite de la discussion.*)

M. Ségond. Je désire adresser quelques mots à la Société au sujet du rapport de M. Quénu sur le travail de M. Lejars. (Voir le numéro du 23 décembre 1893.) Il s'agissait, vous le savez, du traitement du prolapsus pelvien par l'hystérectomie vaginale. La communication de M Quénu touchait plusieurs points, et d'abord il étudiait les indications générales dans le cas de prolapsus. Sur ce point, je suis d'accord avec lui. A mon avis, les cas de prolapsus pelvien peuvent tenir à des lésions de l'appareil de soutènement, de l'appareil de suspension, ou de l'utérus lui-même. Pour corriger le défaut de résistance de l'appareil de suspension nous avons l'hystéropexie. Si c'est à l'utérus que nous allons nous adresser il y a le traitement d'Huguier et l'hystérectomie totale. L'opération d'Huguier n'est indispensable que si l'utérus est trop long pour reprendre la place qui lui est assignée dans l'abdomen. Trélat avait déjà signalé que le prolapsus pelvien est généralement de causes complexes. Il faudrait donc, suivant chaque cas, appliquer un traitement complexe, c'est-à-dire une association de traitements s'adressant à tous les organes en cause.

M. Quénu visait ensuite dans son étude les indications de l'hystérectomie vaginale. Tout en restant d'accord avec lui sur le fait, je m'appesantirai sur quelques points. La condition principale, ou une des principales à considérer, est l'âge de la femme; autant que possible une hystérectomie vaginale ne doit s'adresser qu'aux femmes qui ne sont plus en état de procréer. Dans un numéro de la *Semaine Médicale* du mois de décembre j'ai étudié les conditions qui pouvaient déterminer un chirurgien à choisir l'hystérectomie vaginale comme mode de traitement. Je les ai réunies sous cinq chefs: 1° L'état de l'utérus. Si celui-ci est, par exemple, atteint de fibromes qui nécessitent son ablation, il est évident que l'hystérectomie sera le traitement d'un prolapsus concomittant.

2° Lésions annexielles. Le même raisonnement s'applique à ces cas.

3° Néoplasme annexiel refoulant l'utérus.

4° Irréductibilité des organes.

5° Nécessité de plusieurs opérations chez une femme ayant plus de 50 ans. Dans ces conditions la malade préférera généralement l'hystérectomie vaginale.

J'ai déjà parlé à la Société de 3 cas qui me sont personnels. La première, opérée le 12 avril, est morte de pneumonie en septembre. Nous ne pouvons donc avoir de renseignements sur le résultat. La seconde, opérée en mai, a eu comme la première une cystocèle à la suite de l'opération. Elle est actuellement en bon état. La troisième opération est de date trop récente pour qu'on puisse rien inférer à son sujet.

La troisième partie du rapport de M. Quénu avait trait au procédé opératoire. Je ne la critique pas, n'ayant jamais vu faire cette opération, et ne l'ayant jamais faite. M. Quénu répudie l'usage des pinces et le qualifie de déplorable. Or, dans ma pratique, des hystérectomies vaginales faites pour d'anciens fibromes où les pinces à demeure sont restées longtemps, ont donné des cicatrices parfaitement rétractiles au fond du vagin.

M. Richelot. — J'émettrai pour ma part beaucoup plus de réserves que M. Ségond dans l'appréciation du travail de M. Quénu. J'ai pratiqué l'hystérectomie pour prolapsus six fois. La première fois le 25 juillet 1886, mais la malade eut une récidive et j'ai dû lui faire un cloisonnement du vagin. En 1888, chez une autre malade, je fis simplement la colporrhaphie. L'année suivante la récidive s'était produite sous l'influence de fibromes multiples je fis l'hystérectomie, ce qui n'empêcha un nouveau prolapsus vaginal de se produire en 1890, celui-ci guéri par une nouvelle colporrhaphie. Mon troisième cas se rapporte à une femme atteinte de prolapsus avec lésions annexielles. Je lui fis d'abord une colporrhaphie, puis la maladie ayant récidivé, je fis l'hystérectomie et elle guérit.

Le 4 février 1893 je fis une quatrième hystérectomie vaginale chez une malade ayant un prolapsus avec allongement considérable de la portion sus-vaginale du col. Plus récemment j'eus l'occasion d'en faire une cinquième; il y a déjà menace de récidive. Il y a quinze jours j'opérai une femme âgée de 48 ans, présentant un prolapsus avec hypertrophie gigantesque du col. De ces 6 opérations 4 seulement s'adressent au prolapsus avec ou sans hypertrophie du col.

Si je cherchais à établir mon opinion sur le traitement du prolapsus je la formulerais ainsi :

1° La colporrhaphie est très efficace;

2° La fixation vaginale est illusoire;

3° L'hystérectomie s'applique surtout aux femmes ayant dépassé la ménopause.

Je n'ai pas grande confiance dans la méthode de M. Quénu. Les ligaments larges pris dans la cicatrice n'ont pas tendance à entraîner le vagin en haut, mais se laisseront au contraire entraîner par lui. J'en ai eu la preuve dans une autopsie faite à la suite d'une hystérectomie pour cancer.

Si nous résumons les indications opératoires, je dirai que lorsque le prolapsus est accompagné d'une maladie autre, suffisante pour exiger l'hystérectomie, celle-ci est toute indiquée. Si le prolapsus existe seul et que l'utérus soit petit, on aura recours à la colporrhaphie. Si, au contraire, l'utérus est gros, très hypertrophié on adjoint à la colporrhaphie l'amputation sus-vaginale. Dans les autres cas on se contentera de la colporrhaphie et de l'hystéropexie au besoin si on craint une récidive. Mais même dans les cas où on fait l'hystérectomie, il est bon d'y adjoindre la colporrhaphie pour éviter la chute du vagin.

M. Lucas-Championnière. — Si j'ai tenu à ajouter quelques mots à la discussion, c'est que j'ai, pour ma part, fait 8 hystérectomies pour prolapsus. Je suis arrivé à faire l'hystérectomie après avoir successivement essayé toutes les méthodes. En 1875, l'opération de Sims, puis je fis le cloisonnement de Le Fort. Ces 2 traitements me donnaient des résultats satisfaisants pendant quelques mois, et ensuite les récidives se produisaient. Il en fut de même avec l'hystéropexie et la colporrhaphie. Je fis donc 8 fois l'hystérectomie et même dans les cas les plus favorables, ceux, par exemple où il existait une tumeur pouvant expliquer le prolapsus, la récidive ne manqua jamais. Les quelques résultats satisfaisants que j'ai obtenus sont trop récents pour qu'on puisse y avoir confiance. Je reprocherai de plus, à l'hystérectomie faite pour les prolapsus de faire courir un danger aux malades par la fréquence des hémorrhagies, que l'on se soit servi de ligatures ou de pinces. Je serais, comme M. Richelot, partisan d'une hystérectomie suivie mais non accompagnée de colporrhaphie.

R. Marmasse.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'obstétrique, par MM. Ribemont-Dessaignes, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de l'hôpital Beaujon, et G. Lepage, chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine. 1 fort. vol. in-8° de 1.300 pages, avec 480 figures dans le texte, dessinées par M. Ribemont-Dessaignes. Prix : 30 fr. — Chez G. Masson, éditeur, 120, boul. Saint-Germain, Paris.

Quoi qu'en disent modestement les deux auteurs dans leur préface, ce livre est un véritable traité d'accouchements tout à fait au courant des derniers progrès de l'art obstétrical. Aussi s'explique-t-on avec quelle impatience il était attendu — et avec quel empressement il a été accueilli — par les étu-

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

ANATOMIE CHIRURGICALE

ÉCOLE DE CLAMART. — CONFÉRENCE DU Dr PIERRE SEBILEAU, Ancien prosecteur des hôpitaux.

L'anneau crural et le canal crural.

Je viens de vous décrire la région inférieure de l'aine, les hauts départements de ce que j'ai appelé le *bassin de l'artère fémorale*, et vous ne m'avez entendu parler ni de *l'anneau crural* ni du *canal crural*. J'ai eu à cœur de ne pas même prononcer leur nom. Le moment est venu de m'expliquer.

I.

L'espace situé entre l'arcade crurale et le bord antérieur de l'os iliaque est, comme je vous l'ai dit, interrompu par la bandelette iléo-pectinée et divisé par elle en deux anneaux ; l'un externe, l'autre interne. Par l'anneau externe, s'engagent le petit nerf fémoro-cutané, le muscle psoas-iliaque et le gros nerf crural (j'énumère de dehors en dedans). Par l'anneau interne, l'artère fémorale émerge du ventre, la veine fémorale y rentre, et à côté d'elle y pénètrent aussi quelques lymphatiques qui cheminent au milieu d'une graisse molle et fluide et dont le trajet est interrompu par quelques petits ganglions. On donne au plus gros de ces ganglions le nom de ganglion de Cloquet. Sur le front des vaisseaux chemine le nerf génito-crural qui vient du ventre, comme eux. L'artère est en dehors, la veine au milieu, les lymphatiques sont en dedans, tout contre le ligament de Gimbernat.

L'anneau externe, c'est, vous ai-je dit, *l'anneau iliaque* ; l'anneau interne, c'est *l'anneau crural*.

II.

Mais voilà, précisément, où commencent les difficultés. Quand je dis : « *l'anneau interne, c'est l'anneau crural* », je parle, notez bien, comme la plupart des anatomistes, comme Jules Cloquet, Béclard, Manec, Bérard, Malgaigne, Tillaux, par exemple, mais non pas comme tous les anatomistes. Il en est, en effet, qui n'entendent point les choses ainsi ; tels Scarpa, Richet et d'autres encore. Pour ceux-ci, l'anneau crural c'est tout simplement la partie la plus interne de l'*orifice interilio-fallopien*, c'est cette portion qui est située en dedans de la veine fémorale et qui est occupée par l'appareil lymphatique. Les uns (les premiers) disent : « L'anneau crural est limité en dehors par la bandelette iléo-pectinée et en dedans par le ligament de Gimbernat ; dans l'aire de cet anneau il y a une *case artérielle*, une *case veineuse* et une *case lymphatique* ». Les autres (les seconds) disent : « L'anneau crural est limité en dehors par la veine fémorale et en dedans par le ligament de Gimbernat ; dans l'aire de cet anneau il n'y a qu'une case, la *case lymphatique*. Le reste, tout ce qui est en dehors, ce qui contient l'artère et la veine, nous appelons cela la gaine fémorali-vasculaire. » Ne vous effrayez pas ; il n'y a là qu'une affaire de mots.

III.

Il arrive quelquefois que l'intestin, chassé de l'abdomen, pointe, sous les téguments, dans le département inférieur de la région inguinale ; on dit alors qu'il y a *hernie crurale*. Voilà précisément qui a tout compliqué. Par besoin de comparaison, les anciens auteurs ont voulu décrire dans l'aine inférieure, dans l'aine fémorale, quelque chose d'analogue à ce qu'ils avaient vu dans l'aine supérieure, dans l'aine abdominale. Il y avait un canal abdominal (lisez inguinal) par où cheminait l'intestin pour aller former la *hernie inguinale* ; il fallait trouver un canal fémoral (lisez crural) par où devait, sans doute, passer aussi l'intestin pour aller former la *hernie crurale*. Et ce canal, on l'a trouvé sans peine, comme vous pensez bien. C'est lui, je vous le répète, qu'on a nommé le *canal crural*.

Mais voilà qu'ici encore on a joué sur les mots pour le canal comme on avait joué sur eux pour l'anneau. Ceux qui considéraient l'anneau crural comme limité en dehors par la bandelette iléo-pectinée et en dedans par le ligament de Gimbernat et qui plaçaient dans cet anneau l'artère, la veine et les lymphatiques, décrivirent sous le nom de canal crural (il fallait bien être logique) l'espace situé entre le

psoas en dehors et le pectiné en dedans, et y casèrent, comme dans l'anneau, l'artère, la veine et les lymphatiques; ceux, au contraire, qui considéraient l'anneau crural comme limité en dehors par la veine et en dedans par le ligament de Gimbernat et qui plaçaient dans cet anneau les lymphatiques tout seuls, décrivirent, sous le nom de canal crural, l'espace situé entre la veine en dehors et le pectiné en dedans, et y casèrent, comme dans l'anneau, les lymphatiques tout seuls. Mais, je vous le répète, il n'y a là qu'une affaire de mots. Tout le monde, en effet, se plait à reconnaître que quand l'intestin sort de l'abdomen pour apparaître dans la région fémorale, il passe, dans la très grande majorité des cas, par la loge lymphatique; c'est, en effet, il faut le dire, la voie qui lui est le moins fermée; des deux portes par où il peut sortir (porte vasculaire, porte lymphatique), il choisit d'habitude celle qui est la plus facile à forcer, la porte interne, la porte lymphatique. Là-dessus, je vous le répète, accord unanime; seulement, il y a des anatomistes qui disent (ce sont les seconds): « L'intestin traverse mon canal crural », et d'autres qui disent (ce sont les premiers): « L'intestin traverse la partie interne de mon canal crural. »

IV

Les choses seraient donc très simples si on en était resté là; mais on avait trouvé un canal muni de son anneau supérieur; il fallut bien trouver ensuite l'orifice inférieur. Pour ceux qui considéraient le canal crural comme formé tout à la fois par la loge artérielle, la loge veineuse et la loge lymphatique, pour les partisans du grand canal crural, en un mot, il semble qu'il était tout simple de trouver cet anneau inférieur là où la contiguïté du couturier et du moyen adducteur marque la limite du triangle de Scarpa, là où les vaisseaux et les lymphatiques profonds s'engagent définitivement dans leur gaine fémorale, là où ils doublent le cap de l'aine. Mais voilà que deux difficultés apparurent.

Et d'abord, placer l'orifice inférieur du canal crural en ce point, autant valait dire que cet orifice inférieur n'existait pas, puisqu'il fallait alors, de bonne logique, prolonger ce canal crural jusqu'à la région poplitée, puis dans la jambe, puis dans le creux calcanéen, suivant toujours la gaine des vaisseaux et des lymphatiques profonds, qui, en réalité, ne se termine qu'au bout du pied.

Puis, ensuite, on savait bien que ce n'était pas vers ce prétendu orifice inférieur que marchait l'anse intestinale herniée, et cela suffisait bien pour qu'on cherchât autre chose, puisque c'était, en résumé, pour l'intestin qu'on avait inventé le canal crural.

Alors, les partisans du grand canal crural (canal à trois loges) durent faire *en terminant*, ce que les partisans du petit canal crural (canal à une loge) avaient fait *en commençant*, c'est-à-dire négliger la vérité anatomique pour se cantonner dans le domaine de la pathologie; comme eux, ils cherchèrent l'anneau inférieur du canal crural dans l'orifice par lequel était censé passer l'intestin ectopié. Cet anneau, ils le trouvèrent dans le trou que la saphène interne se creuse dans l'aponévrose criblée pour déboucher dans la veine fémorale. Et ce trou devint alors le second anneau, l'orifice inférieur du canal crural. Pour les besoins de la cause, des dissections, tranchant dans l'aponévrose, avaient considérablement élargi cet orifice; il semblait fait tout exprès pour la hernie: c'était l'entrée de la *fosse ovale*.

V

Mais qu'importe? Au total, voici, en deux mots — détails mis à part — le résumé de tout ce que je viens de vous dire: 1° Des auteurs, jugeant par l'anatomie, décrivent sous le nom de canal crural le lit de la portion supérieure des vaisseaux fémoraux (lit à trois loges, artérielle, veineuse, lymphatique); 2° d'autres auteurs, jugeant par la pathologie, donnent le non de canal crural à la portion interne ou lymphatique de ce lit, parceque c'est ordinairement par elle que passe l'intestin dans la hernie dite crurale. Il faut répondre aux uns et aux autres.

VI

Aux premiers je dis « Qu'entendez-vous par canal? Si vous voulez dire par là que les vaisseaux fémoraux, à la façon d'une rivière, sont comme endigués dans une sorte de lit à double berge qui les conduit de l'abdomen à la cuisse, je vous réponds »: — « Oui, il y a un canal crural, comme il y a un canal axillaire, un canal poplité, un canal de Hunter, un canal jambier, des canaux antibrachial, astragalien, carpien, etc. Mais dans l'espèce, ce mot de canal est mauvais. Et il est mauvais pour deux raisons.

Il est mauvais d'abord, parce que, fatalement, il vous amène à chercher entre le canal inguinal et le canal crural une analogie qui n'existe pas. Comment compareriez-vous, en effet, sans puérilité, cette simple gaine vasculo-lymphatique qui est le prétendu canal crural, avec cette voie intrapariétale que le testicule, dans sa migration, se fraie lui-même au travers de la paroi du ventre, tunnelisant l'abdomen à son profit au point d'en refouler les couches, de s'en coiffer, et de laisser un chemin tout préparé à l'intestin ou au liquide péritonéal pour la hernie et l'hydrocèle congénitales? Il y a une hernie inguinale congénitale; existe-t-il donc une hernie crurale congénitale?

Il est mauvais encore, ce mot de canal, parce que — toujours par analogie — il vous force à trouver un orifice inférieur pour le canal crural, comme il en existe un pour le canal inguinal, et que dès lors — cet orifice n'existant pas puisque la gaine vasculo-lymphatique se prolonge dans la cuisse et dans la jambe — vous voilà mis dans l'obligation, après avoir fait une description d'anatomie vraie, de faire appel à la pathologie pour savoir d'elle par où sort ordinairement l'intestin, et dans l'obligation par conséquent de faire de l'anatomie artificielle pour trouver — par jeu de mots — un orifice à ce que vous avez reconnu vous-mêmes être une gaine vasculo-lymphatique, mais à ce que vous avez eu le malheur d'appeler canal ».

VI

Aux seconds je dis: « Votre canal, je n'y comprends rien. Et ni l'anatomie, ni la pathologie ne le justifient à mes yeux. D'abord, que peut bien être ce canal à parois bizarres limité en dehors par une veine, en dedans par un muscle, en avant par une aponévrose? Je conçois, en anatomie, un canal, un lit, bordé par des muscles et des aponévroses et où cheminent des vaisseaux; mais ce singulier canal lymphatique avec une paroi veineuse d'un côté et des parois musculo-aponévrotiques de l'autre, cela ne rime à rien. Mais ce n'est pas tout encore. A ce canal cherchez

un orifice supérieur, il n'en a pas; un trajet, il n'en a pas; un orifice inférieur, il n'en a pas non plus.

Je dis que le canal crural *n'a pas d'orifice supérieur*.

« Il importe de faire remarquer que cette embouchure n'est point libre, mais qu'elle est recouverte d'abord par le péritoine et le fascia transversalis celluleux (lisez fascia propria), et de plus assez solidement obturée par une lame fibreuse dépendance du vrai fascia transversalis (lisez fascia transversalis tout court). Il n'existe donc, à proprement parler, d'orifice à la loge lymphatique que quand ce septum crural a été ou enlevé, ou refoulé, et avec lui le péritoine et le fascia celluleux qui le double ». Notez bien que c'est Richet qui parle, un défenseur du canal crural lymphatique.

Je dis que le canal crural *n'a pas de trajet*.

D'abord, on y rencontre des vaisseaux lymphatiques, quelques petits ganglions rougeâtres, et une graisse molle et fluide. Et puis, sous quel prétexte séparer cette loge lymphatique de la loge veineuse et de la loge artérielle? Y a-t-il donc une séparation ? Les lamelles qui séparent l'artère de la veine et la veine des lymphatiques ne sont que du tissu cellulaire condensé et n'offrent qu'une faible résistance à l'état normal, celle surtout qui sépare la veine des lymphatique, à ce point que Thomson les mettait en doute; mais dans les cas pathologiques, dans les hernies par exemple, elle s'épaissit par une sorte de tassement. » C'est encore Richet qui parle. Thomson a raison.

Je dis que le canal crural *n'a pas d'orifice inférieur*.

On sait, en effet, que tous les trous de l'aponévrose criblée sont remplis; veine ou lymphatiques, il y passe toujours quelque chose, et les organes sont comme inclus dans le tissu fibreux. « En ce point, dit mon maître Tillaux, les parois de la saphène adhèrent intimement à l'aponévrose et c'est cette adhérence même qui, dans la hernie crurale, empêche l'intestin de descendre à la cuisse. »

Et c'est précisément pour cette raison que Richet a remplacé l'expression d'*orifice inférieur* du canal crural par celle de *sommet* du canal crural, et l'expression de *canal* crural par celle *d'entonnoir* ou d'*infundibulum* crural. A la vérité, la correction n'a pas été très heureuse et n'a pas eu un grand succès; « un entonnoir, dit le professeur Tillaux est nécessairement ouvert à ses deux bouts». Mais ce n'est pas seulement contre les mots, c'est aussi contre les choses, ce n'est pas seulement contre la forme de la description, mais contre le fond que je m'élève; c'est cette séparation, cette mise à part de la loge lymphatique que je n'accepte pas, parce qu'elle répond à une anatomie de pure convention.

Est-ce donc que la pathologie autorise cette interprétation? Pas davantage.

Et d'abord, le seul fait que l'intestin fait hernie parfois dans la région crurale ne suffit pas, je pense, pour qu'il soit nécessaire d'inventer dans la région un canal ou un entonnoir. A pareil compte, il faudrait aussi décrire des canaux épigastrique, sus-ombilical, latéral, lombaire, diaphragmatique; périnéal, puisqu'il y a des hernies épigastriques, sus-ombilicales, latérales, lombaires, diaphragmatiques, périnéales.

Reste donc à savoir si, quand il pénètre dans la région crurale, l'intestin prend toujours le même chemin et franchit bien les différentes étapes du fameux canal crural. J'accorde que le plus souvent il s'engage dans la loge lymphatique, côtoyant le flanc interne de la veine fémorale. Mais les exceptions ne manquent pas. Il y a des hernies qui se font par la dépression fémorale externe, en dehors de l'artère épigastrique, dans la loge artérielle : *hernies d'Arnaud*; il y en a qui traversent le ligament de Gimbernat: *hernies de Laugier*. Quant à l'orifice inférieur, il n'existe pas pour l'intestin; dans la très grande majorité des cas, celui-ci refoule le fascia, s'en coiffe et se fait un nid sous lui, comme dit Velpeau. C'est tout à fait exceptionnellement qu'il s'engage dans le trou de la saphène : *hernie de Béclard*. Et du reste, quand il passe au travers de l'aponévrose fémorale, il préfère encore un orifice lymphatique : *hernie d'Hesselbach*.

VII.

Et maintenant, il faut conclure. Si les muscles de l'abdomen avaient pris insertion sur le bord antérieur de l'os iliaque, tout organe, pour sortir du ventre, eût été obligé de se creuser un trou au travers de la paroi. Telle l'artère iliaque, pour passer de la fosse iliaque dans la cuisse. Mais les muscles se laissent exceptionnellement perforer; quand ils sont obligés de laisser la place à un vaisseau ou à un nerf, ils s'écartent, se divisent, et, de leurs fibres d'insertion, forment à l'organe qui passe un arceau fibreux, une arcade sous laquelle celui-ci s'engage. Ainsi se comportent le rond pronateur pour le médian, le cubital antérieur pour le cubital; ainsi se comportent les muscles de l'abdomen pour l'artère fémorale et le nerf crural; entre l'épine iliaque et l'épine du pubis leurs larges tendons se tissent et se tramen en un corde solide qui sous-tend l'arc iliaque; entre l'arc et sa corde, les organes sautent du ventre à la cuisse.

Il y a donc là, si l'on veut, un anneau crural, anneau par lequel s'engagent — je ne tiens compte ni du psoas ni du nerf crural — les éléments du gros paquet vasculaire fémoral; ces éléments sont, l'artère en dehors, la veine au milieu, les lymphatiques en dedans. Rien, rien qu'un peu de tissu cellulaire ne sépare l'artère de la veine ni la veine des lymphatiques; cela est tout un et la division en logettes n'a pas plus sa raison d'être ici qu'ailleurs.

Quand il a franchi l'anneau, le paquet vasculaire entre dans le territoire supérieur de sa gaine fémorale. Dans cette gaine sont contenus ensemble, comme dans l'anneau, l'artère, la veine et les lymphatiques; le tout chemine entre les digues musculo-aponévrotiques de la région comme une rivière dans son lit et aucune cloison véritable n'en divise la masse. Rien n'existe ici qui n'existe pour tous les paquets vasculo-lymphatiques.

L'intestin, sortant de l'abdomen, passe ordinairement, mais pas toujours, par la partie interne de cet anneau et de cette gaine pour la raison que les lymphatiques lui laissent plus de place que les vaisseaux sanguins.

Voilà, au total, à quoi tout se résume; oubliez donc désormais ces expressions de canal crural, d'entonnoir fémoral-vasculaire, d'infundibulum crural qui apportent le trouble dans votre esprit, parce qu'ils n'ont pas la même valeur sous la plume de tous les anatomistes.

CLINIQUE SYPHILIGRAPHIQUE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Le tertiarisme précoce

(Suite et fin) (1).

XI

III. — Eh bien cette nocivité, cette malignité du tertiarisme nerveux précoce, nous allons la retrouver encore et à un plus haut degré dans l'ordre des affections dont il me reste à vous parler, à savoir : les myélopathies.

Des accidents d'origine médullaire ont été maintes fois observés au cours de la première année de la syphilis.

Ils ont consisté en ceci :

Presque toujours des paraplégies ;

Quelquefois des accidents affectant à la fois la moelle et le cerveau ;

Bien plus rarement le tabes ;

Exceptionnellement et en conjonction avec la paraplégie des phénomènes d'atrophie musculaire.

Divers points sont à établir en ce qui concerne ces affections.

I. *Fréquence*. — Les affections de la moelle, d'une façon générale, sont incomparablement plus rares dans la syphilis que les affections du cerveau.

J'en trouve dans mes statistiques 61 cas contre 375 d'affections cérébrales.

Mais, d'autre part, étant donnée leur rareté, elles sont relativement beaucoup plus communes dans la première année de la syphilis que les affections cérébrales. Elles sont donc, peut-on dire, des affections à échéance précoce. Elles se produisent de préférence dans les premières années de la syphilis et souvent dans la première.

C'est là un résultat qui ressort de toutes les statistiques. Ainsi :

Savard, sur 74 cas de myélopathies syphilitiques, en a trouvé 26 ayant fait leur apparition entre six mois et un an et 48 au-delà (de 2 à 25 ans) ; c'est-à-dire *plus d'un tiers* dans la première année. Ce chiffre, à vrai dire, peut être exagéré et sujet à revision, ne serait-ce que de par mes statistiques personnelles, mais n'importe.

Et, de même, nombre d'observateurs tels que Leyden, Déjerine, Mauriac, Gilbert et Lion, Boulloche et moi, ont été frappés de l'invasion fréquente des accidents médullaires spécifiques à courte, très courte échéance après le début de l'infection.

De là donc résulte, d'abord, que la syphilis médullaire est une manifestation précoce de la syphilis, se produisant à bref délai après le chancre.

En second lieu, même dans cette première année, ces affections sont souvent hâtives, c'est-à-dire se produisent plus communément dans le premier semestre que dans le second.

Ainsi, Gilbert et Lion, analysant 23 cas de syphilis médullaire ayant fait son invasion dans la première année, en ont trouvé 7 s'étant produits du 7e au 12e mois, et 16 du 3e au 6e mois.

Le *maximum de fréquence* de la syphilis médullaire dans la première année est par suite fixé par eux dans le second trimestre de l'infection.

Mais la syphilis médullaire, suivant les mêmes auteurs, peut être plus précoce encore et ils citent :

1 cas au 5e mois.
1 — 4e —
4 — 3e —

Une paraplégie se produisant à 3 mois de syphilis n'est-ce pas là vraiment quelque chose de surprenant, d'extraordinaire, en opposition avec toutes les idées, toutes les croyances qu'ont reçues les hommes de ma génération et avec celles, dirai-je, que vous avez pu recevoir vous-mêmes de vos maîtres ?

De là en somme résulte cet enseignement : que la syphilis médullaire, pour être rare d'une façon absolue, n'en est pas moins une localisation qui, avec une préférence marquée, se place chronologiquement dans les premières étapes de la syphilis, le plus souvent dans la seconde année de la syphilis et assez souvent dans la première, voire, avec prédilection, dans le 2e trimestre de la première année. Voilà le fait, et le grand fait nouveau à retenir.

Et, à ce point de vue, elle diffère de la syphilis cérébrale dont l'échéance d'invasion est, relativement, moins précoce.

II. Mais un second point, bien autrement essentiel à spécifier, consiste en ceci :

Gravité, gravité toute particulière, voire *malignité* de ces myélopathies précoces.

Jugez-en.

Analysant avec un soin extrême 52 observations de cet ordre qu'ils ont colligées, MM. Gilbert et Lion ont vu ces myélopathies aboutir, comme terminaison, aux résultats suivants :

Guérison complète.................	14	cas.
Amélioration sans guérison complète.	12	—
Survie avec infirmités consécutives...	10	—
Mort............................	16	—
	52	

16 morts sur 52, c'est-à-dire au pourcentage 30 p. 100, presque le tiers !

D'autre part, additionnons les cas malheureux (terminaisons par mort et terminaisons par infirmités), et nous trouvons un total de 26 sur 52, c'est-à-dire juste la *moitié*.

Ainsi une paraplégie précoce se termine une fois sur deux d'une façon malheureuse ou sinistre, une fois sur trois par la mort. Quelle proportion ! Tout commentaire serait ici superflu.

Et comment se produit la mort en pareil cas ?

De deux façons :

Ou bien par extension des lésions aux parties supérieures de la moelle, ce qu'on peut appeler abréviativement mort par le bulbe ;

Ou bien, ce qui est plus fréquent, mort par eschares, survenant au sacrum, aux trochanters, aux talons.

Exemple du genre :

Un jeune homme de 24 ans, bien constitué d'ailleurs et n'ayant jamais fait d'excès, prend la syphilis. Il ne s'en traite absolument pas. Quelques accidents secondaires légers se produisent ; mais rien de plus. Au dixième mois de

(1) Voir *Gazette médicale*, nos 49, 50, 51 et 52, 1893 ; 1, 1894.

sa maladie, il fait une course exagérée en vélocipède et, en même temps, a le dos trempé par la pluie.

Un mois après, sans prodromes, ses jambes s'alourdissent; il peut encore revenir à pied chez lui, se couche. Quelques heures plus tard il est devenu paraplégique, avec paralysie flasque, abolition des réflexes, sensibilité éteinte, paralysie des sphincters. Une quinzaine de jours après, des eschares énormes se forment sur les deux trochanters. Ces eschares, lorsque je les vis pour la première fois, étaient chacune plus larges que toute la main et profondes à proportion. Au bout de quinze jours le malade était mort.

Ajoutez encore (ce qui constitue un surcroît de gravité à ces myélopathies précoces) les deux considérations suivantes :

1° C'est que, de l'avis général, elles sont bien moins influencées par le traitement spécifique que ne le sont usuellement les manifestations spécifiques. Ce sont des manifestations rebelles, peu sensibles au mercure, peu sensibles à l'iodure de potassium (à toutes doses), ou ne se laissant influencer par ces remèdes que lentement, péniblement, quand elles ne s'y montrent pas décidément réfractaires.

2° C'est, en second lieu, qu'elles sont éminemment sujettes à récidives après guérison, ainsi qu'en témoignent nombre de faits.

A tous égards, donc, leur pronostic est sombre.

Et ce n'est pas tout. Car, parmi ces formes de mauvaise nature, il en est de plus mauvaises encore, il en est qui mériteraient le nom de *myélopathies pernicieuses*.

Je m'empresse de dire que ces formes-là sont très rares fort heureusement; mais enfin il en existe et, pour ma seule part, j'en ai déjà rencontré plusieurs exemples.

Ce sont des formes d'abord très précoces comme échéance d'invasion, et suraiguës comme allure, comme marche. Elles sont presque toujours fatales. On a même dit qu'elles ne guérissaient jamais. Toujours est-il que dans presque tous les cas elles se sont terminées d'une façon mortelle et cela à très brève échéance.

MM. Gilbert et Lion citent même un fait où (ce qui est vraiment incroyable) la mort s'est produite en quinze jours.

XII

Eh bien, Messieurs, rapprochez ce que je viens de dire de ce que je vous disais à propos des encéphalopathies précoces, et voyez maintenant quel pronostic peut comporter ce tertiarisme nerveux précoce.

A coup sûr, il forme un digne pendant, ainsi que je vous l'ai fait remarquer déjà, à ce tertiarisme cutané précoce que nous avons précédemment étudié. Il ne lui cède en rien, ni comme gravité, ni comme malignité. On sent bien que c'est la même maladie qui réalise des effets équivalents sur des systèmes divers. On la reconnaît à ses coups.

Que dis-je même ! Sans doute le tertiarisme nerveux précoce le cède en horreur objective au tertiarisme cutané de même période. Mais il est bien plus pernicieux. On ne meurt que par exception de phagédénisme cutané. On meurt autrement souvent d'affections nerveuses.

Au total donc, qu'aurions-nous à répondre si l'on nous posait la double question suivante :

1° Est-ce qu'on peut mourir de la vérole dans sa première année ?

2° Et, si oui, comment, par quel organe en meurt-on?

De par les résultats de l'observation contemporaine, ce que nous aurions à répondre serait ceci :

Oui, certes, on peut mourir de la vérole dès la première année de l'infection, voire (ce qui est plus rare, mais ce qui se rencontre encore de temps à autre) dès le premier semestre de la maladie.

Et, quand on en meurt ainsi, on en meurt, non pas exclusivement, mais le plus habituellement par le système nerveux.

C'est la vérole nerveuse surtout qui *tue* dans la première année, et elle tue alors soit par le cerveau, soit, plus souvent encore, par la moelle dont les manifestations spécifiques précoces sont particulièrement malignes et meurtrières.

Dr P. PORTALIER.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Sur un nouvel appareil destiné au traitement consécutif du pied bot varus équin

L'appareil que nous proposons et que nous employons depuis plusieurs années n'est pas un appareil de réduction de pied bot. Appliqué d'une façon intermittente, pendant plusieurs heures, il a pour but, par les pressions et les tractions forcées continues qu'il exerce, de maintenir les résultats obtenus par les diverses méthodes de redressement, d'exercer une sorte de *massage continu* sur les parties fibreuses, musculaires ou osseuses qui produisent encore un certain degré de difformité, d'éviter les récidives, de compléter, en un mot, la cure du pied bot varus équin.

L'expérience démontre la nécessité et l'importance d'un traitement consécutif attentif de cette difformité, l'inutilité de la plupart des appareils orthopédiques destinés à donner un redressement, le peu d'action de quelques appareils dits de contention.

Le massage, les manipulations de redressement, après la cure des pieds bots par les méthodes sanglantes ou par le redressement forcé, sont les seules méthodes à recommander pour le traitement consécutif. Les redressements manuels sont cependant quelquefois insuffisants dans certaines formes du pied bot; les séances n'étant pas toujours assez fréquentes, les efforts manuels ne pouvant être faits d'une façon prolongée et continue que pendant un certain temps, les enfants, particulièrement dans les services hospitaliers, étant éloignés pendant plusieurs jours du chirurgien et ne se soumettant pas régulièrement à ses soins.

L'appareil que nous recommandons (fig. 1 et 2), facile à appliquer par les parents, a pour principal avantage de permettre de faire régulièrement plusieurs fois par jour un *redressement et un massage continus*. Nous signalons plus loin ses véritables indications.

Cet appareil, qui se rapproche de notre machine pour le redressement forcé du pied bot varus équin (voir dans *Congrès de chirurgie*, 1889, p. 327, et dans notre *Traité d'orthopédie*, p. 696), se compose :

1° D'une planche résistante pouvant se fixer solidement sur une table;

2° De deux embrasses avec courroies fixées sur cette planche, destinées à immobiliser la jambe au niveau du

cou-de-pied et du tiers supérieur de la jambe. Une autre embrasse et des pelotes concaves peuvent être ajoutées au niveau du tiers inférieur de la cuisse, de façon à maintenir tout le membre inférieur dans l'immobilité et la rectitude principalement dans les cas de torsion et de rotation en dedans du tibia et du fémur.

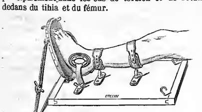


FIGURE 1. — Appareil vu par son côté externe.

3° D'une plaque concave matelassée (fig. 1), fixée sur une tige métallique et reliée à la planche par une coulisse, avec écrou à oreille fixateur, permettant de l'éloigner ou de la rapprocher, qui vient se mettre exactement en rapport, au dessous de la malléole externe, avec la saillie astragalienne et l'articulation calcanéo-cuboïdienne à la partie externe du pied;

4° D'une plaque pédieuse, verticale, en forme de semelle, destinée à se mettre en rapport avec toute la région plantaire, reliée à la planche par une charnière et une articulation, cette dernière au-dessous de la planche, qui permettent des mouvements dans les sens antéro-postérieur et latéral;

5° De deux plaques de compression légèrement concaves et matelassées, l'une devant se mettre en rapport exact avec le talon et l'arrière-pied, l'autre avec l'avant pied *à la partie interne du pied* (fig. 2). Ces plaques varient de volume et d'étendue, suivant l'âge du sujet, la nature et le degré de la difformité. Elles doivent dans tous les cas s'adapter très exactement sur les parties indiquées;

6° De deux crochets, disposés à la partie externe de l'appareil de la façon indiquée dans la figure 2, et destinés à recevoir des lacs en caoutchouc;

7° De quatre autres crochets, deux placés à la partie supérieure de la plaque pédieuse, deux fixés sur la planche (fig. 2), devant aussi donner attache à des cordons en caoutchouc. En changeant la disposition des plaques de compression, le même appareil peut servir pour le pied bot valgus.

En résumé, cet appareil comprend trois points d'appui: deux sont fixés, au niveau du talon en dedans et au niveau de la saillie astragalienne en dehors, destinés à immobiliser l'arrière-pied; un troisième est mobile, constitué par une plaque de pression reliée à la plaque pédieuse.

Au moyen de tractions élastiques intermittentes, exécutées à la partie externe de l'appareil (fig. 1), on entraîne la pelote de pression antérieure reliée à la plaque pédieuse, et l'on produit des mouvements de déplacement en dehors et de redressement de l'avant-pied sur l'arrière-pied exactement immobilisé. Pendant cette manœuvre, le bord interne du pied se redresse, les ligaments, les muscles plantaires internes, l'aponévrose s'allongent, la plaque externe vient exercer une pression énergique sur l'astragale et l'articulation calcanéo-cuboïdienne; la déviation en varus est corrigée.

Par les tractions au moyen des lacs élastiques fixés sur les crochets supérieurs de la plaque pédieuse et sur les crochets de la planche (fig. 2), on fait exécuter au pied un

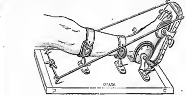


FIGURE 2. — Appareil vu par son côté interne.

mouvement de redressement d'arrière en avant dans les articulations tibio-tarsiennes qui a pour but de corriger la tendance du pied à l'équinisme.

Le mode d'application de l'appareil est très simple, les embrasses jambières seront modérément serrées, les plaques de pression seront bien en rapport avec les parties qu'elles doivent actionner, la plante du pied reposera exactement à plat dans toute son étendue sur la planche pédieuse. On s'assurera que le talon porte sur cette planche pendant toute la durée des applications.

Les plaques de pression postérieures, interne et externe, ne devront pas toucher par leurs bords les malléoles. Le bord antérieur et supérieur de la plaque externe doit être matelassé et peu tranchant, ne s'avançant pas trop sur le médiotarse afin d'éviter les compressions douloureuses des articulations calcanéo-cuboïdiennes pendant le renversement du pied en dehors.

Les lacs de caoutchouc seront fortement tendus, mis en plusieurs doubles, suivant la force de résistance du pied bot et jusqu'au redressement complet avec hypercorrection.

Le nombre des séances, la durée des applications varieront suivant les cas. On fera en général deux séances, une le matin et une le soir, pendant une à deux heures, en ayant soin de relâcher de temps en temps les lacs élastiques.

Notre appareil est basé sur le principe des tractions forcées intermittentes au moyen de lacs élastiques. Il ne doit pas être rapproché des appareils de N. M. Shaffer, d'Andrews, de Blanc, de F. Willard, de Trélat qui utilisent la traction forcée intermittente (de F. Willard), ou des tractions élastiques dans le but unique de réduire et de redresser les pieds bots d'une certaine importance.

Ses indications sont assez étendues. Il convient particulièrement chez les jeunes enfants atteints de pieds bots varus équins, qui ont été traités par la méthode du redressement forcé et rapide et chez lesquels il persiste un léger degré de varus et d'équin, avec enroulement et raideur des articulations du tarse et du métatarse. Il est dans ces cas le complément très efficace du massage et des manipulations de redressement.

Il est de même très utile chez les sujets plus âgés traités par le redressement forcé ou par d'autres méthodes, en corrigeant le léger degré d'équin et de varus qui persiste,

en assouplissant les articulations raidies et ankylosées, en évitant les tendances aux récidives.

Il est indiqué dans les formes légères de varus avec enroulement, qui, au premier abord, paraissent facilement curables et qui sont, on le sait, si rebelles à tout traitement.

Il permet de corriger les cas qui présentent une légère rotation et torsion en dedans du tibia et du fémur. Il est nécessaire d'ajouter dans ce but des plaques de compression au niveau du tiers inférieur de la cuisse.

Notre appareil est inefficace et inutile lorsqu'il s'agit de varus équins marqués. Ainsi que nous l'avons signalé, il ne doit pas être recommandé comme agent de réduction et de redressement pour les pieds bots avec difformité importante. Exceptionnellement cependant, nous l'avons employé dans quelques cas, comme préparation au redressement forcé, afin de mobiliser les articulations du pied et d'obtenir des renseignements sur la puissance de résistance des parties rétractées.

Les résultats cliniques que nous avons obtenus dans de nombreux cas démontrent la valeur de cet appareil dans le traitement consécutif du pied bot.

Après quelques séances de tractions forcées, élastiques, intermittentes, les pieds bots imparfaitement redressés avec tendance à la récidive, raideur des articulations, deviennent souples, se placent à plat sur le sol dans une bonne position et sont bientôt définitivement guéris avec rétablissement complet de tous les mouvements.

P. Redard,
Chirurgien du Dispensaire Furtado-Heine.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des faux rétrécissements de l'urèthre

Sous le nom de *faux rétrécissement* de l'urèthre, on doit comprendre les faits de spasme uréthral, faits beaucoup plus nombreux qu'on ne le croit ordinairement, où l'on trouve à la fois les signes physiques et les signes fonctionnels des rétrécissements vrais du canal.

Le spasme uréthral simulant le vrai rétrécissement reconnaît des causes multiples. Se rappeler cette loi formulée par M. Reliquet dans ses *Leçons sur les spasmes de l'urèthre et de la vessie* (1878) : « 1° Toutes les fois qu'il y a une cause d'irritation localisée de l'extrémité de la verge au collet du bulbe, y compris le prépuce et les glandes de Cooper, il y a spasme de la région profonde de l'urèthre avec passivité de la vessie ; 2° toutes les fois qu'il y a une cause d'irritation dans la région profonde de l'urèthre ou dans ses organes annexes (glandes de Littre, prostate, canaux éjaculateurs, vésicules séminales), il y a spasme de la région profonde de l'urèthre avec excitation de la contraction vésicale ; 3° lorsqu'on ne trouve pas, du côté de l'urèthre ou de ses organes annexes (glandes, canal déférent, vésicules séminales), ou de ses organes de voisinage (rectum, anus, etc.), la cause de l'excitation de l'urèthre seul ou de l'excitation vésico-uréthrale, il faut la chercher du côté des reins, même lorsqu'ils sont parfaitement indolents et du côté du système nerveux. »

Partant de cette loi, il faut examiner les faux rétrécissements provoqués par des irritations localisées à l'extrémité de la verge, au prépuce, au gland, aux glandes de Tyson, au méat (son étroitesse relative, sa position par rapport à l'urèthre). A chacun de ces chapitres, comme à tous les suivants, se rattachent des observations typiques, où le faux rétrécissement n'a disparu que le jour où l'on a supprimé sa cause ; souvent des interventions directes (uréthrotomie) sur la stricture présumée avaient déjà été faites et toujours sans succès.

Les causes d'irritation qui peuvent donner lieu à un spasme simulant si complètement le rétrécissement vrai chez des sujets dont le canal est sain, aggravent les troubles fonctionnels et physiques des rétrécissements vrais. Elles en facilitent la récidive et tant qu'elles existent, il est impossible de déterminer le calibre réel du rétrécissement. La première action thérapeutique doit donc être dirigée contre la cause du spasme uréthral.

Puis on envisage les faux rétrécissements provoqués par les inflammations aiguës ou chroniques des glandes de l'urèthre, par les modifications diathésiques (goutte) de la muqueuse du canal, par les cristaux qui stagnent dans l'urèthre chez certains sujets, par l'irritation des organes placés au voisinage du canal (rectum, anus), la constipation, les hémorroïdes.

A signaler également comme cause de spasme uréthral, les stations debout prolongées, le froid, certains troubles des fonctions génitales (érections prolongées, coït incomplet).

Enfin, il est des faux rétrécissements liés à un état pathologique du système nerveux, névrose ou lésion organique. Cette cause de spasme urétral est des plus fréquentes, et on les rencontre non seulement dans le tabes dorsalis, mais encore dans la paralysie générale, la syphilis cérébrale, etc. Le spasme uréthral en est souvent un signe prémonitoire et il importe d'autant plus de ne pas l'oublier, que les interventions directes sur le canal de ces malades y provoquent facilement des lésions qui sont le point de départ d'un vrai rétrécissement.

Les conclusions de cette étude, basées sur un grand nombre d'observations, sont les suivantes : c'est que les signes physiques, encore plus impératifs que les signes fonctionnels, ne permettent point toujours d'affirmer l'existence d'un rétrécissement vrai de l'urèthre ; car ce rétrécissement, s'il existe, peut être plus large que le calibre de la bougie qui y est engagée et serrée par ce rétrécissement même. Si fine que soit la bougie serrée dans la section étroite de l'urèthre, il peut arriver qu'il n'y ait là qu'un faux rétrécissement, qu'un spasme de l'urèthre, siégeant dans un point variable et provoqué par une cause très éloignée.

Aussi depuis longtemps, ainsi que le prouvent ses *Leçons sur les spasmes de l'urèthre* (1878), *sur les stagnations d'urine* (1885), avant d'affirmer l'existence d'un rétrécissement vrai, malgré les signes physiques donnés par l'examen direct du canal avec la sonde, M. Reliquet cherche si en un point quelconque du sujet, il n'y a pas la cause d'un réflexe pouvant donner lieu au spasme de l'urèthre.

Si cette cause est trouvée à l'extrémité de la verge, on doit la faire disparaître avant de tenter quoi que ce soit sur la continuité du canal. On agira de même quand il y a un état particulier des organes circonvoisins.

Enfin, quand il s'agit d'un spasme provoqué par un état pathologique quelconque du système nerveux, en raison de

l'état même des tissus dans ces maladies, il faut s'abstenir de toute intervention opératoire directe sur les parois de l'urèthre.

Tels sont les points essentiels des faux rétrécissements de l'urèthre; nous les avons décrits avec de plus amples détails, M. Reliquet et moi, dans un mémoire récemment publié (1).

A. GUÉPIN.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du traitement des goitres par la médication iodée interstitielle. — Technique opératoire.

Omettant à dessein les ablations partielle et totale du corps thyroïde, la ligature des artères thyroïdiennes qui sont et resteront des opérations délicates que tout opérateur n'est pas à même d'entreprendre, passant de même sous silence le traitement médical, soit interne par l'iodure de potassium et l'iode qui agissent en altérant l'économie générale du malade, soit externe par les pommades dites fondantes qui n'ont d'autre action que celle de fondre sur la tumeur sans agir sur elle, nous parlerons exclusivement ici d'une méthode excellente, celle des injections iodées interstitielles.

Cette méthode est pratique, relativement facile, exempte de dangers si l'on suit exactement les principes formulés par notre excellent maître le Dr Duguet, et elle n'entraîne avec elle aucune cicatrice, ce qui n'est pas à dédaigner surtout quand on a à traiter une clientèle féminine, comme c'est la règle.

Nous en résumerons la technique opératoire telle qu'elle est pratiquée par M. le Dr Duguet, le plus expérimenté en la matière.

1° *Indications.* — Ces injections peuvent être pratiquées dans tous les goitres, mais elles conviennent surtout aux goitres de *moyen volume, relativement récents, charnus, peu indurés et non encore calcifiés,* qu'ils soient kystiques ou non.

Cette petite opération réussit mieux encore dans les kystes hydatiques du corps thyroïde qui sont *toujours* guéris par une seule injection.

2° *Contre-indications.* — Elles sont contre-indiquées dans les cas suivants :

1° *Albumine dans les urines* ;
2° *Sucre dans les urines;*
3° *Etat menstruel de la femme* ;
4° *Goitre exophthalmique* ;
5° *Goitre carcinomateux* :
6° *Goitre kystique sanguin* (contre-indication relative comme nous le verrons au moment du manuel opératoire).

C'est pour n'avoir pas suivi à la lettre ces préceptes que certains opérateurs ont pu produire des accidents.

3° *Diagnostic du goitre et interrogatoire du malade.* En présence d'une tuméfaction du cou vous devez toujours vous demander si vous avez affaire à un goitre. Le diagnostic en est facilité par : le siège de la tumeur à la partie médiane, antérieure ou plus souvent latérale droite et inférieure du cou, sa mobilité sur la gaine musculo-aponévrotique qui la recouvre, son déplacement avec le larynx dans les mouvements de déglutition, son indolence habituelle, enfin sa forme qui rappelle ordinairement celle du corps thyroïde.

L'interrogatoire du malade doit porter sur les points spéciaux suivants :

1° Lieu de naissance, combien y a-t-il de temps qu'on l'a quitté, y a-t-il des goitreux dans ce lieu de naissance ou dans le pays habité actuellement, y a-t-il des goitres dans la famille? Quels parents?

2° Etat de santé habituel, maladies antérieures. Epoque de l'établissement des règles; la malade est-elle bien réglée?

Nombre des grossesses :

3° Epoque d'apparition du goitre, son évolution. Influence des maladies antérieures, des règles, de la grossesse sur son développement;

4° Troubles occasionnés par la tumeur. Y a-t-il gêne dans la marche, le sommeil, dans la déglutition?

5° Traitements antérieurs.

4° *Diagnostic de la variété du goitre.* — Le plus souvent ce diagnostic est impossible et fréquemment on dit kyste alors qu'il y a goitre charnu et réciproquement; parfois on peut se fier, pour le diagnostic de kyste sur une saillie arrondie ou légèrement bosselée se formant au dessus de la masse générale de la tumeur, sur la fluctuation, le développement rapide, enfin, et surtout, sur la *ponction*.

5° *Préparatifs de l'opération.* Avant d'entreprendre l'opération il est certaines précautions qu'il faut prendre :

1° Faire examiner les urines de la malade;

2° Savoir si elle est au moment de ses menstrues;

3° Enfin prendre avec un mètre ordinaire les mesures du cou de la malade, immédiatement au-dessus du goitre, au niveau et au-dessous et répéter cette mensuration avant chaque injection.

6° *Choix du liquide.* — On a essayé différents liquides à injecter mais aucun ne vaut la teinture d'iode pure.

7° Quant à l'*instrument* dont on se sert ordinairement, le plus pratique est une seringue de Pravaz métallique ordinaire avec aiguille en acier ou en platine iridié; cette aiguille doit être bien piquante, bien aiguisée; ces instruments arrivent fréquemment à se rouiller et à se détériorer; pour éviter ces accidents il faut les laver après s'en être servi dans une solution très légère d'ammoniaque ou d'iodure de potassium, puis les plonger pour les y laisser jusqu'au moment de s'en servir dans de l'huile phéniquée au dixième.

8° Ceci fait il faut *déterminer le point d'élection* où l'aiguille doit être enfoncée, on doit s'assurer que la tumeur n'a pas de souffle, ne présente pas de mouvements d'expansion, puis alors, palpant attentivement la tumeur on en recherche le centre, la partie la plus charnue, la moins résistante au doigt, autant que possible en dehors des grosses veines qui rampent quelquefois à la surface du goitre, en dehors des battements artériels. Ce sera là le point d'élection pour la piqûre.

9° *Manière de conduire l'injection.*—Ceci fait on prend la seringue, on s'assure qu'elle fonctionne bien, on la remplit de teinture d'iode et on l'expurge d'air. Relevant ensuite la tête du malade de manière à faire saillir le cou, l'opérateur

(1) Dr RELIQUET et A. GUÉPIN. *Faux rétrécissements de l'urèthre.* Bureaux du *Progrès Médical* et Félix Alcan, 1893.

immobilise la tumeur entre le pouce et l'index de la main gauche en comprimant légèrement, puis de la main droite il prend l'aiguille seule tenue comme une épingle entre le pouce et l'index et l'enfonce *lentement* ou avec un mouvement de vrille à 2 ou 3 centimètres de profondeur et en général aussi loin que possible, et attend pour voir s'il s'écoule par la canule du liquide ou non.

S'il s'écoule du sang pur, il ne faut pas insister, on retire l'aiguille et on tente de l'introduire dans un ou deux autres points de la tumeur jusqu'à ce que l'on n'ait plus de sang, sinon on abandonne pour le moment toute injection iodée.

S'il s'écoule un liquide couleur café ou chocolat il faut alors adapter à l'aiguille une seringue de Pravaz, si le kyste est petit et aspirer le liquide, puis après procéder à l'injection.

Si, au contraire, le kyste est gros il faut faire une aspiration lente avec l'appareil Potain.

Nous avons vu jusqu'ici comment l'aiguille doit être introduite puis ce que l'on doit faire quand on a affaire à un kyste; il nous faut maintenant insister sur la manière de conduire l'injection; la canule étant dans le goître on adapte sur l'aiguille la seringue et on pousse doucement, lentement l'injection en observant la figure du malade et l'interrogeant sur ses sensations; à la 1re injection, il faut n'introduire que la 1/2 ou les 3/4 de la seringue : l'injection une fois faite il faut retirer d'un mouvement un peu brusque la seringue avec l'aiguille, puis mettre son index gauche sur la piqûre pour arrêter le petit écoulement qui pourrait se produire; si le cou de la malade ou vos mains ont été salies par la teinture d'iode, il faut laver ces parties avec de l'eau ammoniacale.

Accidents locaux et généraux. — D'ordinaire il ne se produit rien à la suite de ces injections; parfois on note un peu de fièvre locale avec tuméfaction du goitre, chaleur exagérée à son niveau; gêne dans les mouvements du cou et dans la déglutition; parfois quelques douleurs dans la mâchoire, les dents ou l'oreille du côté où l'injection a été faite; ce sont là des phénomènes bénins ne durant pas plus de vingt-quatre à quarante-huit heures et n'empêchant pas de répéter l'injection tous les huit jours, comme cela doit être.

Parfois il y a une sorte de fièvre générale avec frissons, céphalalgie, courbature, agitation, insomnie, embarras gastrique, cet état produit par un peu d'iodisme aigu dure ordinairement de quelques heures à un jour ou deux.

Vous voyez combien nous sommes loin des complications graves (suppuration du corps thyroïde, injection dans les vaisseaux, phénomènes hystériques, développés à la suite d'une injection, mort subite) qui, d'après certains auteurs suffiraient à condamner les injections iodées. Ces complications sont d'une rareté excessive et ne se voient pas si l'opérateur est sûr de lui et s'il prend bien toutes les précautions indiquées ci-dessus.

En résumé cette méthode, qui agirait par absorption et par inflammation non suppurative, demeure une méthode *absolument* inoffensive et d'une *efficacité* merveilleuse quand elle est appliquée de bonne heure, avec discernement et avec prudence.

Georges Mangin.
Interne des hôpitaux de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 janvier 1894. — Présidence de M. Laboulbène.

Pustule maligne transmise par des peaux de chèvre venant de Chine

M. Proust. — M. Chauveau nous a signalé plusieurs cas de charbon qui se sont manifestés en 1893 dans l'arrondissement de Morlaix et qui ont été attribués à l'importation de peaux sèches venant de Chine.

J'ai eu dernièrement, dans mon service, un revendeur de peaux venant de Chine et employées par les relieurs. Or ces peaux contenaient des insectes et des larves: Ces parasites inoculés à un cobaye l'ont tué en trente-huit heures. M. Nocard a refait la même expérience et eut un résultat analogue. Or l'examen du sang des cobayes a montré qu'ils avaient succombé au charbon bactéridien.

M. Mégnin qui a examiné ces larves, a reconnu qu'elles appartenaient au dermestes vulpinus; ces larves se nourrissaient de débris cellulaires et absorbaient les spores charbonneuses.

Ces faits nous engagent à proposer les mesures suivantes :

Les ouvriers travaillant les peaux de Chine devront être protégés par un masque et des gants en caoutchouc. Ils devront ne jamais porter de peaux sur l'épaule, mais se servir de brouettes.

Les poussières devront être poussées par un ventilateur dans une chambre de chauffe où elle seront brûlées.

On devra exiger des ouvriers des soins de propreté et même d'antisepsie des parties découvertes.

Toute érosion, tout bouton de la peau devra être traité immédiatement.

Dans les pays d'origine, les peaux devront être traitées de façon à supprimer les germes charbonneux et cela sous la surveillance de la police sanitaire, faute de quoi il y aurait lieu de fermer nos frontières aux peaux de Chine.

De la résection du nerf maxillaire inférieur dans le crâne.

M. Quenu. — Sans vouloir préjuger en quoi que ce soit les résultats définitifs obtenus par la résection du nerf trijumeau dans les névralgies faciales rebelles, j'appellerai l'attention sur un procédé que je crois préférable, de résection intracranienne du nerf maxillaire inférieur.

Ayant eu occasion d'opérer deux fois un même malade, j'ai pu constater que le procédé intracranien de Horsley, long et laborieux, ne permettait pas de réséquer à coup sûr toutes les branches du nerf maxillaire inférieur à sa sortie du trou ovale.

Aussi j'eus l'idée de faire la résection intracranienne mais par un procédé différent de ceux de Horsley et Kransse — de ceux de Salzer, Kronlein et Rose, les premiers, abordant la cavité cranienne par une trépanation temporale, les seconds par la région zygomatique.

Mon procédé est facile et prompt, autant sur le vivant que sur le cadavre.

Dans un premier temps, par une incision convexe en haut et étendue de l'apophyse orbitaire externe jusqu'au devant du conduit auditif, je dénude la fosse temporale. L'apophyse est sciée à ses deux extrémités et le lambeau est détaché à coups de rugine et rejeté le plus bas possible.

J'ouvre ensuite le crâne dans un second temps, à l'aide d'une couronne de trépan placé un peu au-dessus de la crête qui sépare les fosses temporale et zygomatique.

J'agrandis l'orifice osseux avec la pince-gouge de Lannelongue. Décollant alors la dure-mère avec le doigt, avec un petit crochet que je glisse sur mon index, je cherche le trou ovale entre l'apophyse ptérygoïde et l'épine du sphénoïde. Celui-ci trouvé, je fais disparaître, avec la pince-gouge, ce qui reste de tissu osseux jusqu'au trou ovale.

Dès lors je puis charger le nerf et le réséquer. On pourrait, si l'on voulait, atteindre ainsi jusqu'au ganglion de Gasser.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 janvier 1894. — Présidence de M. Périer.

Fracture du crâne par coup de feu ; trépanation et ses indications ; ablation d'une tumeur tuberculeuse du biceps ; méat périnéal.

M. Chauvel. — J'ai été chargé de faire un rapport sur 3 observations présentées à la Société par M. Chupin médecin-major de 1re classe. La première a trait à une fracture de la voûte du crâne par coup de feu.

Lorsqu'on a affaire à une fracture du crâne par un projectile, et que le malade ne présente aucun trouble moteur ni sensitif, pas de coma, pas non plus de troubles intellectuels, doit-on intervenir ? Telle est la question que s'est posée M. Chupin au sujet de son malade.

Dans ce cas, le projectile avait atteint l'occiput un peu à côté de la ligne médiane. Le blessé ne présentait aucun phénomène, mais en explorant soigneusement la plaie, on pouvait sentir une dépression sous le doigt. Muni de ces seules indications M. Chapuis se décida à tenter l'intervention. Il fit une incision en T, et en écartant les volets, il trouva une fracture rayonnée de la table externe. Une couronne de trépan fut appliquée. La dure-mère était déprimée au niveau du foyer de fracture. La balle était audessus de la table interne. L'exploration fit alors reconnaître que la dure-mère restait déprimée malgré la trépanation. Deux nouvelles couronnes de trépan permirent d'arriver sur un caillot qui comprimait la dure-mère. La guérison se fit rapidement. Les statistiques des divers auteurs, celles de la guerre d'Amérique entre autres, montrent les dangers de l'expectation dans ces cas. J'ai, dans une circonstance analogue, à l'ambulance de Versailles, pendant la guerre franco-allemande, mais il est vrai dans un milieu excessivement septique, eu un cas de mort. Il semble donc qu'il faille appliquer aux fractures apparemment localisées à la table externe le traitement par la trépanation puisque l'antisepsie en fait une opération bénigne.

La seconde observation de M. Chupin avait trait à l'ablation d'une tumeur du biceps de nature probablement tuberculeuse. Il s'agit d'un soldat présentant une fistule de la région de l'épaule à la suite d'un abcès froid. Cet homme présenta bientôt, dans la partie supérieure du biceps, une tumeur dure, qui ne donna aucun liquide lors d'une ponction exploratrice. Quelques mois plus tard la tumeur ayant grossi avait une apparence caséeuse. M. Chupin commença un curettage de la poche. Mais il se rendit compte bientôt que l'énucléation serait le seul traitement profitable. La tumeur mesurait environ 8 centimètres de long et s'enfonçait, sous forme d'un pédicule, derrière les pectoraux. Le diagnostic post-opératoire fut : gomme musculaire tuberculeux.

M. Vaillard reconnut à l'examen histologique la nature tuberculeuse mais ne put constater la présence des bacilles, et comme la pièce avait séjourné dans l'alcool il ne put faire d'inoculations. L'existence d'un pédicule à direction thoracique pourrait faire penser à un point de départ osseux mais nous n'avons, pour le cas actuel, aucun renseignement précis. Je me contenterai, pour ma part de critiquer la ponction exploratrice faite par M. Chupin.

La troisième observation se rapporte à la confection d'une boutonnière périnéale créant un méat définitif chez un individu à la suite de la perte de la verge. Il s'agissait d'un malade à la fois syphilitique et paludéen chez lequel le pénis disparut à la suite d'ulcérations de cause inconnue. M. Chupin pensa d'abord à séparer les deux testicules et établir la bouche uréthrale entre eux en soudant la muqueuse au scrotum. Mais redoutant les ulcérations de la peau, délicate en ce point, Il fit une uréthrostomie périnéale. Le malade urine à son gré et a pu reprendre ses occupations de mécanicien. Cependant il semble évident que le calibre de ce méat ne se conservera qu'autant que le malade usera d'un cathétérisme régulier.

M. Gérard Marchand. — Au sujet de la première observation de M. Chupin, je désire faire quelques remarques. Dernièrement je fus appelé auprès d'un blessé qui s'était tiré un coup de revolver dans la région frontale gauche. Il ne présentait aucun trouble. Je me contentai de lui appliquer un pansement antiseptique. Le lendemain matin la température atteignait 38°. Il ne présentait aucune douleur. J'introduisis la soude dans la plaie et l'entrai dans un conduit osseux où, par un petit mouvement de bascule, j'arrivai à la fixer.

La trépanation me fit découvrir une des moitiés de la balle sous l'os, l'autre sous la dure-mère au milieu de caillots de substance nerveuse. Le malade guérit parfaitement. Je suis d'avis d'intervenir dès que la pénétration est constatée, d'aller à la recheche de la balle, mais discrètement.

Hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin.
(Suite de la discussion.)

M. Schwartz. — Je n'ai fait qu'une hystérectomie totale pour prolapsus utérin, et il y a de cela trois mois seulement. Je ne veux donc pas vous entretenir des résultats mais seulement de l'opération en elle-même. On dit cette opération très bénigne. Cependant elle fut dans mon cas très compliquée du fait d'hémorrhagie profuse. Chez toutes les malades que j'ai occasion de traiter pour prolapsus utérin j'obtins de bons résultats des opérations habituelles : périnéorrhaphie, colporrhaphie etc. Mais chez le sujet de cette observation, une femme de 53 ans, ayant déjà subi une colpopérinéorrhaphie sans résultats, je trouvai une cavité utérine de 17 centimètres de profondeur et au fond de l'utérus de petites tumeurs que je préjugeai être des fibromes. Je me décidai pour l'hystérectomie. La muqueuse vaginale, lors de l'incision, donna lieu à une hémorrhagie abondante. Je liai les utérines dont le volume était égal à celui de deux humérales. Le segment sus-vaginal du col était hypertrophié et présentait de 7 à 8 centimètres. L'utérus était adhérent intimement en avant avec la vessie, sur son pourtour avec le péritoine. Le décollement fut difficile et je dus placer 19 pinces dont 15 furent remplacées par des ligatures. Le résultat immédiat fut bon. Je suis prêt, pour ma part, à essayer, dans des cas où elle me semblera indiquée, l'opération de M. Quénu, mais je la compléterai volontiers par une colpopérinéorrhaphie.

M. Routier. — Je fis deux fois, à quelques mois d'intervalle, en 1888 et 1889, l'hystérectomie totale pour prolapsus. Mes deux opérées avaient cessé d'être réglées et la première avait déjà subi plusieurs opérations. Elle présente, quinze mois après son opération, quand elle tousse, une légère saillie qui ne dépasse pas la vulve. Mais ayant appris à faire mieux les colpopérinéorrhaphies antérieures et postérieures, j'ai abandonné l'hystérectomie.

M. Reclus. — J'ai à mon actif trois opérations d'hystérectomie, la première datant de mars 1892. Je l'opérai parce qu'elle présentait un état cachectique très accentué. Le résultat immédiat fut excellent. Quelques mois après sa sortie de l'hôpital, elle prit froid et mourut avec des phénomènes cardio-pulmonaires. Ma seconde et ma troisième observation sont calquées l'une sur l'autre. Il s'agit de femmes âgées de 59 et 52 ans ; toutes deux ayant dépassé l'âge critique. L'hystérectomie sembla donner de bons résultats, mais, quelques jours après, elles présentaient une cystocèle et une rectocèle qui me déterminèrent à faire une colpopérinéorrhaphie. Le résultat fut cette fois excellent. Je remarquai également l'importance des hémorrhagies au cours de cette opération, mais elles me semblent plus qu'ailleurs faciles à arrêter. Je suis tout disposé à essayer le procédé de M. Quénu. Je me demande si le mince plafond qui en résulte est suffisant. Je crois que la colpopérinéorrhaphie doit souvent compléter l'opération et même qu'elle répondrait seule à la majorité des cas.

Je résumerai les indications de l'hystérectomie de la façon suivante : on ne doit faire cette opération que sur des sujets ayant dépassé la ménopause et encore la colpopérinéorrhaphie doit être l'acte principal du traitement, l'hystérectomie n'étant que secondaire. Je laisse de côté les dégénérescences de l'utérus, les alté-

15e Année. 9e Série, Tome I — N° 3 — 20 janvier 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

REVUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical de l'hydrocèle vaginale

Par A. Oreillard.
Interne des hôpitaux.

Lorsqu'on a à traiter une hydrocèle, plusieurs points doivent être examinés avant d'intervenir, c'est d'abord l'âge du sujet, puis la nature et la cause de la maladie.

Si l'on a affaire à de très jeunes enfants porteurs d'hydrocèle peu volumineuse, on peut conseiller l'expectation, car très souvent il arrive que le liquide disparaisse avec l'âge. Le malade, au contraire, a-t-il dépassé la première enfance, l'intervention est indiquée. Si la tumeur est petite (œuf de pigeon environ) et si elle se présente avec *les caractères anatomiques qui constituent la forme commune* de l'hydrocèle, on pourra essayer le procédé de Monod. Il consiste à retirer, à l'aide de la seringue de Pravaz, 1 ou 2 grammes du liquide de l'hydrocèle et à y substituer une quantité égale d'alcool à 90°. Cette petite opération, qui est fort bien supportée, sera répétée tous les huit jours jusqu'à la diminution et la disparition du liquide, ce qui demande un temps variable. Cette méthode donne encore de bons résultats chez des adolescents ; chez l'adulte, au contraire, elle doit être laissée de côté. Telles sont les considérations auxquelles prête l'âge du malade.

Chez l'adulte donc, et aussi chez l'enfant, en cas d'hydrocèles complexes, on doit employer d'autres procédés. Ils sont fort nombreux ; nous ne nous occuperons que de deux : la ponction suivie d'injection modificatrice et l'incision avec résection, ou ablation de la tunique vaginale.

Nous ne nous arrêterons pas à discuter les avantages et les inconvénients respectifs de ces deux méthodes. Elles ont toutes deux leurs partisans convaincus et ont fait l'objet de nombreuses et vives discussions. Toutes deux donnent de bons résultats, mais elles ne doivent pas s'adresser indistinctement à tous les cas ; il y a là une question d'indication opératoire.

Lorsque l'hydrocèle est simple, que la vaginale paraît normale comme épaisseur, que la transparence du liquide est parfaite, que la situation du testicule est facile à reconnaître, que la limite supérieure de la tumeur est nettement et parfaitement perceptible, on peut sans inconvénient employer l'injection.

Au contraire lorsque l'hydrocèle se présente avec des caractères qui la séparent de la forme classique, l'injection n'est plus indiquée et alors la cure radicale s'impose. Nous voulons parler des hydrocèles congénitales, où le canal vagino-péritonéal a subsisté, des hydrocèles en bissac où ce même canal s'est oblitéré seulement au niveau de l'orifice inguinal profond, des hydrocèles à poches multiples. Dans ces trois cas l'injection iodée est ou dangereuse ou parfaitement insuffisante. L'indication de l'incision sera encore nette lorsqu'on aura affaire à une tumeur récidivée chez laquelle l'épaississement de la vaginale aura amené la pachyvaginalite, ou bien lorsqu'on aura perçu la présence d'un corps étranger, libre ou adhérent, dont la présence est une cause d'irritation constante pour la séreuse. Enfin, c'est encore à l'incision qu'il faut avoir recours dans les cas où l'on soupçonne une hydrocèle symptomatique d'une lésion organique du testicule ; cette intervention, dans ce cas, n'est que le premier temps de la castration.

Reste une remarque à faire à propos de l'hydrocèle double ; comme elle est due, parfois, à des lésions syphilitiques du testicule, il faudrait, après un interrogatoire soigné, mettre le malade au traitement spécifique avant d'intervenir. Lorsque l'intervention sera indiquée, c'est sur les principes ci-dessus qu'on se fiera pour faire un choix entre les deux méthodes et bien qu'il y ait des observations certaines de guérison d'une hydrocèle double, par l'application du traitement à une seule des deux tumeurs, nous croyons qu'on doit intervenir sur les deux vaginales.

Examinons maintenant le manuel opératoire de ces deux interventions :

1° *Ponction suivie d'injection modificatrice.* — Les instruments nécessaires sont un trocart muni d'une canule à robinet à l'extrémité supérieure de laquelle on peut adapter à frottement serré un petit entonnoir en métal. On doit actuellement laisser absolument de côté les seringues dont on se servait jadis et qu'il est impossible de tenir absolu-

ment propres. Ces trois pièces sont rendues aseptiques par l'ébullition prolongée pendant vingt minutes dans une solution de carbonate de soude à 1/100, puis placées au moment de l'opération, soit dans de l'eau phéniquée au 1/20, soit simplement dans l'eau récemment bouillie.

Le malade aura pris un bain; le scrotum sera nettoyé d'abord au savon puis au sublimé.

La situation du testicule sera bien déterminée, par transparence, ce qui est parfois trompeur ou mieux par la recherche de la sensation spéciale que produit la pression sur la glande séminale. Ne pas oublier à ce moment que cette situation peut être variable par inversion de la glande. Cette précaution prise, l'opérateur saisira l'hydrocèle de sa main gauche de façon à ce que l'extrémité supérieure de la tumeur réponde au premier espace interosseux et il resserre les doigts comme s'il voulait énucléer la tumeur. La peau sera ainsi bien étalée sur l'hydrocèle. Saisissant alors de la main droite le trocart qui aura été coiffé de la canule il le plongera d'un seul coup jusqu'au niveau du robinet au niveau du point qu'il aura choisi et en évitant les vaisseaux sous-cutanés parfaitement visibles.

Le trocart sera retiré et le liquide vaginal s'écoulera. Pendant ce temps, il faut avoir soin de ne pas toucher à la canule, ou bien alors de la maintenir à travers un pli formé aux dépens des enveloppes testiculaires au niveau du point d'implantation. La plus grande partie du liquide écoulé, on doit procurer au malade, les avantages de l'anesthésie cocaïnique. Pour ce faire, en place l'entonnoir dans l'extrémité supérieure de la canule et on y verse 5 grammes d'une solution récente de cocaïne au 1/50, ce qui fait 0 gr. 10 de principe actif. Il faut avoir soin, dans cette manœuvre, de soulever un peu la canule et en même temps qu'elle les bourses de façon à ce que son extrémité interne ne hute pas contre le feuillet postérieur de la vaginale. La solution cocaïnique introduite on ferme le robinet et on enlève l'entonnoir qui est replongé dans la solution phéniquée. On attend quelques minutes (trois minutes) on rouvre le robinet et l'on fait écouler le reste du liquide.

On replace l'entonnoir et on verse 100 gr. environ de solution modificatrice en prenant la précaution indiquée plus haut. Le liquide modificateur est très variable : on se sert surtout de teinture d'iode *fraîchement préparée* ou bien alors de solution iodo-iodurée dont voici la formule :

Teinture d'iode du Codex. . .	20 grammes.	
Eau bouillie.	60	—
Iodure de potassium	Q. s. pour dissoudre.	

Quelques auteurs se contentent d'employer la liqueur de van Swieten pure. Quel que soit le liquide employé, une fois qu'il est introduit on ferme le robinet et on attend cinq minutes.

Ce temps écoulé, on rouvre le robinet et l'on fait ressortir le liquide. Il n'y a pas grand inconvénient à en laisser une petite partie. La canule est retirée et l'orifice obturé avec un peu de collodion et d'ouate.

Beaucoup d'auteurs ne mettent comme pansement qu'un simple suspensoir, d'autres, au contraire, conseillent d'exercer une compression sur les bourses au moyen du bandage suivant : un suspensoir est rempli d'ouate et appliqué sur les bourses. Par dessus lui on applique un double spica de l'aine au moyen d'une forte bande de ouate et de deux bandes de tarlatane humide. Hortelouo fixait ces bandes au moyen de silicate de potasse. Des chirurgiens trouvent plus simple d'employer simplement le vulgaire caleçon de bain dans lequel on fait deux trous, l'un pour la verge l'autre pour l'anus.

L'application de ce bandage semble amener une guérison plus rapidement.

Quel que soit le mode de pansement voici ce qui se produit. Le malade a quelques douleurs dans les reins, la cuisse du même côté; elles sont très variables comme intensité et nécessitent parfois une piqûre de morphine. La vaginale gonfle, se remplit de liquide; son volume dépasse celui de l'hydrocèle. L'augmentation dure trois jours, parfois plus. Puis la tumeur diminue peu à peu et arrive à disparaître complètement au bout de un mois, quelquefois quarante ou cinquante jours. Il est inutile de condamner le malade au lit pendant tout ce temps. Au bout de dix à douze jours avec un bon suspensoir le malade peut reprendre ses occupations. Tel est le manuel opératoire et les suites de l'injection modificatrice précédée de la ponction de la tumeur.

Un certain nombre d'accidents peuvent survenir. C'est d'abord la piqûre du testicule; on s'en aperçoit d'abord à la douleur vive manifestée par le malade et aussi à la fixité de l'extrémité interne du trocart. Du reste elle peut être évitée dans tous les cas par une recherche soignée de la glande et en ayant soin de faire la ponction dans la moitié supérieure de la tumeur. Puis on peut observer l'issue du liquide modificateur dans le tissu cellulaire du scrotum amenant un sphacèle des bourses qui a plusieurs fois causé la mort. Cet accident se produit lorsque la canule est retirée accidentellement de la cavité séreuse; il était plus fréquent, lorsqu'on employait les seringues pour pousser l'injection. Il est facile à éviter, en ayant soin de tenir la canule profondément enfoncée et en se servant d'un entonnoir.

2° *Incision avec résection ou avec ablation de la vaginale.* — Les instruments nécessaires sont : un bistouri, douze pinces hémostatiques, des ciseaux courbes, deux pinces à disséquer à griffes, deux aiguilles de Reverdin, une droite et une courbe, une sonde cannelée. On les désinfectera en les faisant bouillir comme plus haut dans la solution de carbonate de soude à 1/1000 pendant une demi-heure.

Le malade sera rasé complètement au niveau du pubis, puis savonné et ensuite lavé à l'éther ou à l'alcool.

Deux aides sont nécessaires, un pour le chloroforme qui est presque indispensable, l'autre pour assister l'opérateur.

L'anesthésie une fois produite, une série de compresses de toile bordées et aseptiques sont disposées sur l'abdomen et les cuisses du malade. La verge est enveloppée dans une de ces compresses et y est maintenue par une pince hémostatique.

Tous ces préparatifs finis le chirurgien se place du côté de la lésion, son aide en face de lui. Une incision est menée sur toute la hauteur de l'hydrocèle divisant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On coupe à ce moment des veines qu'il est utile de pincer quelques instants. La vaginale une fois découverte, on la fend de haut en bas dans toute sa hauteur et on applique sur le pourtour de l'incision une couronne de pinces hémostatiques. A ce moment de l'opération, il faut examiner le testicule et voir s'il n'y aurait pas sur la vaginale viscérale qui l'entoure la cause de l'hydro-

cèle. Quelquefois c'est un petit kyste, d'autres fois une plaque fibreuse, un épaississement, etc. On a avantage à enlever cette production morbide. Parfois on trouve un corps étranger libre au milieu de la cavité séreuse. Ceci fait on revient à la vaginale qu'on dissèque au bistouri ou aux ciseaux, en la séparant complètement des tuniques communes des bourses. On peut pousser cette dissection jusqu'au niveau du point où la séreuse passe sur l'épididyme et en arrière jusqu'au point d'attache du guhernaculum testis. On résèque alors toute la portion disséquée, c'est dire qu'il ne reste plus de cavité séreuse puisque cette membrane est réduite au feuillet viscéral. Si la peau du scrotum est très distendue, on peut sans inconvénient en réséquer une honne partie en enlevant sur chaque lèvre de la plaie cutanée des lanières en forme de quartier d'orange. Il ne reste plus alors qu'à faire la suture. Elle se fait au moyen de l'aiguille de Reverdin et de crins de Florence. On passe une série de fils dits profonds qui prennent le plus de tissus possible et espacés les uns des autres de 2 centimètres environ. Ils ont pour but de faire disparaître toute cavité où pourrait s'épancher du sang ou de la sérosité. Entre eux on place alors des fils superficiels, un ou deux, entre chaque fil profond.

Il faut avoir soin de hien affronter les lèvres cruentées et éviter le chevauchement qui, au scrotum, est très facile à produire. On y arrive en faisant tendre par l'aide, au moyen de pinces à griffe, la portion de la plaie où l'on noue le fil. On ne fait aucun drainage. La plaie une fois traitée de cette façon dans toute sa longueur on applique le pansement qui peut se faire d'une façon simple et solide au moyen de gaze iodoformée appliquée au moyen du collodion. Une fois celui-ci sec on applique un double spica de l'aine qui assure la compression.

Le procédé que nous venons de décrire est la véritable cure radicale, puisqu'il n'y a plus de cavité séreuse. Quelques auteurs voulant éviter cet inconvénient et craignant pour l'avenir du testicule, ce qui est actuellement démontré inexact, refont une tunique vaginale. Au lieu de disséquer complètement le feuillet pariétal, ils s'arrêtent lorsqu'ils ont encore assez de séreuse pour recouvrir le testicule. Ils résèquent tout le superflu, modifient énergiquement la séreuse qui reste au moyen de tampons imhihés d'eau phéniquée au 1/20ᵉ ou de liqueur de van Swieten et suturent ensemble les deux lèvres de la plaie séreuse au moyen d'un surjet au catgut fin. Par dessus cette vaginale ainsi refaite ils suturent la peau comme plus haut.

Le pansement est laissé en place pendant huit ou dix jours à moins qu'il n'y ait de la fièvre, auquel cas on doit défaire le pansement et examiner l'opéré au point de vue de la possibilité de la suppuration. Pendant ces huit jours le seul traitement consiste à entretenir la liberté du ventre au moyen de lavements et aussi à combattre la rétention d'urine qui est assez fréquente. Au huitième jour, on enlève les fils cutanés et on refait un pansement léger au collodion pour protéger les ouvertures de passage. Au dixième le malade peut se lever en portant un suspensoir.

Nous avons supposé avoir affaire à des hydrocèles simples; il y a deux variétés qui nécessitent un traitement plus compliqué, c'est la variété dite à bissac et l'hydrocèle congénitale. Toutes deux reconnaissent comme cause la persistance du canal péritonéo-vaginal fermé au niveau de l'orifice interne du canal inguinal dans le premier cas, resté perméable dans toute sa longueur dans le second. — Dans l'hydrocèle en bissac il faut enlever la poche supérieure qui existe en avant de la grande cavité péritonéale. On peut y arriver en faisant des tractions sur elle et en la détachant avec précaution des parties voisines et particulièrement des éléments du cordon avec lesquels elle prend des rapports intimes. Une fois le fond de la poche sorti du canal vaginal, on se trouve ramené au cas de l'hydrocèle simple. Lorsqu'on a affaire à l'hydrocèle congénitale, il faut à tout prix disséquer le canal péritonéo-vaginal et le réséquer aussi haut que possible. Après l'avoir réparé au moins jusqu'au milieu de l'orifice interne du canal inguinal, on forme sur lui un pédicule au moyen de deux points en chaîne et on le sectionne au-dessus de la ligature. Le reste de la vaginale est traité comme plus haut.

Un point important dans ces deux dernières variétés, est de vérifier la résistance de l'anneau inguinal superficiel qui peut avoir été dilaté par la présence du liquide. Au cas où le fait se serait produit, il faut le suturer soit après avoir fendu la paroi antérieure du canal comme le fait Lucas-Championnière dans les cures radicales des hernies inguinales, ou hien au moyen d'un surjet au catgut ou à la soie établi sur l'anneau. Il est hien entendu que la cure radicale de la hernie s'impose lorsqu'elle coexiste avec l'hydrocèle congénitale, ce qui d'ailleurs est relativement rare.

HYGIÈNE PRATIQUE

Les dangers du lait et les grandes exploitations laitières.

Dès que la science est parvenue à démontrer le caractère contagieux et infectieux de la tuberculose, elle a pensé au danger qui pouvait résulter de la consommation de la chair des animaux atteints de cette affection et aussitôt une police sanitaire a été organisée par un décret qui date du 28 juillet 1888.

De rigoureuse qu'elle était dans le principe, la réglementation s'est peu à peu adoucie. A mesure que la lumière s'est faite sur cette importante question d'hygiène publique, on arriva à prouver que la tuberculose n'est pas une maladie *totius substantiæ* et qu'il n'y a que les tissus envahis par le bacille qui soient susceptibles de transmettre l'affection.

Donc, actuellement, la viande des animaux infectés n'est saisie que dans les cas où le mal est généralisé.

Mais la question relative au lait devait se poser, et, après le premier cri d'alarme on arriva à ces conclusions : 1° que cet aliment, provenant d'animaux tuberculeux, n'est virulent que lorsque la mamelle est le siège de lésions ; 2° qu'il faut encore que les bacilles soient en grand nombre et que le lait soit ingéré en notable quantité, comme c'est le cas lorsqu'on en fait une nourriture exclusive ou principale ; 3° que, pour éviter le danger, il suffit de soumettre le lait à l'ébullition.

C'est alors qu'apparut l'industrie de la stérilisation : de la Hollande, où elle fut appliquée pour la première fois, elle est entrée en Allemagne puis en Suisse. De là elle ne tarda pas à se propager en France où, actuellement, elle a pris une grande extension.

Examinons si cette pratique se trouve commandée par une nécessité impérieuse et justifiée par un danger sérieux.

D'aprés les conclusions que nous avons reproduites plus haut, il apparaît que les choses se passent ainsi lorsqu'il s'agit de l'allaitement des nouveau-nés. Mais quelle en est la raison? Ce n'est pas que le lait soit aussi fréquemment contaminé par le bacille, comme on l'a vu dans le principe, au moment où il sort des mamelles : car si la pommelière des vaches est relativement fréquente, il est démontré aujourd'hui que les glandes mammaires sont plus rarement affectées que les autres organes. D'où vient donc que le lait continue à être suspect, et cela d'ailleurs trés légitimement?

Il y a plusieurs raisons : la première c'est que les doigts des gens qui trayent le lait peuvent être infectés et le contaminer; la secoude c'est que le pis de la vache peut être lui-même le siège d'un nodule tuberculeux et que les bacilles peuvent tomber dans le lait au moment où les doigts compriment ce pis.

A cette source de contamination qui est sans doute exceptionnelle, s'en joignent d'autres beaucoup plus fréquentes et qui proviennent de la coupable habitude des falsifications; pour celles-là la surveillance est à peu près inefficace parce qu'elle est bien difficile à exercer, et cependant c'est par ces falsifications qu'un lait sain se transforme en un aliment nuisible, car l'eau qu'on lui ajoute peut contenir, soit le bacille de la tuberculose, soit celui de la fièvre typhoïde. C'est ainsi que la stérilisation du lait s impose en raison de l'altération de cet aliment, d'abord par les bacilles qui peuvent s'y mêler au moment de la traite, et surtout par la criminelle industrie des fraudeurs.

Nous sommes maintenant en présence d'un autre aspect du problème : la stérilisation n'est-elle possible qu'à l'aide de procédés qui élévent plus ou moins le prix du lait, le rendant ainsi difficilement accessible à la masse des consommateurs? Lorsqu'il s'agit d'exploitation laitière érigée sur une grande échelle avec un outillage coûteux, le prix de revient et de vente est excessif pour la pluralité des consommateurs, et les enfants des familles fortunées sont à peu près les seuls qui en puissent bénéficier. C'est pour cela qu'on a pensé à des procédés simples et à la portée de tous. Il y a longtemps que l'ébullition a été indiquée comme suffisante, et elle l'est en effet. Mais il en est un autre préférable et tout aussi pratique, qui, depuis quelque temps, est réalisé par le Dr Budin dans son service hospitalier. Il consiste à mettre le lait dans des flacons de la contenance d'une tétée : ces flacons s'échauffent au bain-mairie et arrivent à 76 et 78 degrés; après un certain temps, on les retire, ils se refroidissent, l'air intérieur a pris la place de la quantité qui s'est évaporée; il y a alors un retrait agissant sur un bouchon de caoutchouc qui, grâce au rodage du goulot, obture hermétiquement le flacon.

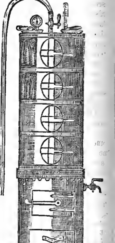
Le lait ainsi stérilisé donne un caillot plus finement granuleux que le lait ordinaire. Il se rapproche donc du lait maternel, et c'est ce qui lui assure une parfaite digestibilité.

Voilà donc un moyen de stérilisation qui met le lait à la portée des classes pauvres et à l'aide duquel on déjoue les conséquences désastreuses des falsifications. On a aussi objecté que le bacille résistant à 120° n'est pas tué, mais il a été prouvé qu'au dessous et même à 70, il est suffisamment atteint dans sa vitalité pour cesser d'être virulent.

On a enfin objecté que le lait se dénaturait, mais des expériences ont démontré que c'est seulement aprés 102° qu'il prend une teinte grise, signe de sa caramélisation.

C'est en partant de ces données que de grandes exloitations laitières se sont installées, et on a construit des appareils au moyen desquels on arrive à stériliser en une seule opération jusqu'à 1.000 flacons de 200 et de 350 grammes.

Le type le plus intéressant que nous connaissions est celui de la ferme d'A. E. B.; elle posséde des étables contenant plusieurs centaines de vaches de provenance diverse, normandes, suisses, jerseyennes et hollandaises. Ces deux dernières sont les plus recherchées à cause de leur faculté de conserver leur lait plus longtemps que leurs congénères. Les jerseyennes en donnent un dont la richesse en beurre atteint 80 et 85 grammes, tandis que les autres n'atteignent guère plus de 40 à 45 grammes.



Nous donnons ici la figure de l'autoclave où sont placés les flacons munis de bouchons en caoutchouc qui reposent simplement sur l'orifice, de façon à ce que l'ouverture soit libre pendant l'échauffement.

La température de l'appareil est élevée et maintenue à 102° pendant une heure, puis les flacons sont retirés et on fixe les bouchons à l'aide d'un système spécial. On les rentre ensuite dans l'autoclave et ils y subissent un nouveau séjour d'une heure.

Les conditions de stabulation des animaux de la ferme d'A. E. B. réalisent tous les desiderata d'une hygiène excellente ; chaque vache, avant d'être réunie aux autres, est soumise à une quarantaine d'observation, de sorte que si, à son arrivée, elle est atteinte d'une affection contagieuse, elle ne peut pas la propager.

Quant à la contamination par le pis qui serait susceptible de se produire ultérieurement, la stérilisation en ferait justice.

D'ailleurs, le lait de cette ferme, comme celui de toutes les fermes installées sur le même modèle, a résisté aux épreuves les plus probantes. Expédié à de grandes distances, il est revenu après quelques mois, a été soumis à l'examen bactériologique et a été reconnu absolument stérilisé. En outre, son aspect, sa consistance et sa saveur étaient restés normaux. Si nous ajoutons que l'opération s'effectue aussitôt aprés la traite et que le lait ne subit par conséquent aucun contact appréciable avec l'air, nous pourrons conclure que c'est à peu près l'idéal qu'on parvient à réaliser.

Comme conclusions des faits et des considérations qui viennent d'être exposés nous dirons : 1° que si le lait peut être un des véhicules de la tuberculose lorsqu'il provient de vaches infectées, il ne l'est que très exceptionnellement; 2° que la fréquence de son altération est due à l'in-

dustrie frauduleuse de l'addition d'eau chargée de bacilles pathogènes; 3° que la stérilisation est à la portée de tout le monde, soit au moyen de l'ébullition par les moyens ordinaires, soit au moyen du bain-mairie; 4° que la stérilisation par l'autoclave en usage dans les grandes exploitations, fournit à l'allaitement infantile un aliment de complète sécurité en même temps qu'un aliment transportable à de grandes distances.

Dr Ernest Martin.

THÉRAPEUTIQUE SYPHILIGRAPHIQUE (1)

Par Louis Wickam,
Chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

De l'accoutumance au mercure et à l'iodure.

Le mercure et l'iodure sont les deux médicaments fondamentaux de la syphilis. Dans la grande majorité des cas, le médecin, habile à les manier, trouvera en eux des agents fidèles qui lui assureront la guérison prompte des manifestations syphilitiques. Sans leur secours, on serait en quelque sorte désarmé; or il arrive, dans certains cas, que si l'on est désarmé, c'est précisément par l'excès même et la continuité trop longtemps prolongée de la médication mercurielle ou iodurée. L'organisme s'habitue, s'accoutume et ne réagit plus. Tel est le phénomène dit d'ACCOUTUMANCE.

Cette accoutumance varie selon les individus, les doses employées, etc., mais on peut spécifier qu'en général, vers le cinquième ou le sixième mois de traitement par des doses quotidiennement égales, le mercure ou l'iodure n'ont plus guère d'action. Dès lors, la syphilis, dans sa lutte contre une thérapeutique affaiblie, reprendra des forces et, vers le cinquième ou le sixième mois, des manifestations syphilitiques nouvelles pourront s'établir peu à peu, malgré la continuation constante et régulière du traitement mercuriel. On observe assez souvent, à l'hôpital Saint-Louis, des faits, à quelques variantes près, analogues à l'exemple suivant :

« Un malade contracte la syphilis en janvier. Traitement institué vers le trentième jour du chancre : une pilule de 0,05 de protoiodure d'hydrargyre. Les accidents disparaissent rapidement. Continuation régulière du traitement, une pilule chaque jour. En juin, apparition de quelques éléments papuleux. Un médecin consulté prescrit toujours des pilules. En juillet, les lésions augmentent; on essaye alors de quelqu'autre préparation mercurielle (sirop de Gibert, pilules de Dupuytren) et l'on augmente les doses. Amélioration pendant quelques semaines, puis *statu quo*, suivi d'une nouvelle poussée intense, cette fois. Le malade, pris de peur, vient échouer Saint-Louis après sept ou huit mois de pilules quotidiennes. »

Ce traitement est alors supprimé pendant trois ou quatre semaines. Puis, on reprend le mercure brusquement, en frappant dès le début, avec de fortes doses, et les lésions, qui paraissaient si rebelles, disparaissent en vingt ou trente jours.

On voit parfois aussi, en ce qui concerne l'iodure de potassium, des exemples semblables. J'ai observé en ville le cas suivant :

« Un jeune lieutenant d'infanterie prend la syphilis. Le traitement mercuriel n'étant point supporté, on prescrit l'iodure. Le malade, mal instruit sur la durée du traitement, continue de son propre chef et avec grands soins le traitement commencé; et c'est à raison de 3 à 4 grammes par jour qu'il le prolonge pendant *six années*. Alors, il lui vient une gomme à la face dorsale de la langue. Les doses d'iodures, doublées pour la circonstance, n'amenant aucun résultat, il se décide à me consulter. »

Voici la direction adoptée : suppression immédiate de l'iodure pendant trois semaines. Dans le cours de la période de repos : essais, aussitôt abandonnés pour raison d'intolérance, de traitement mercuriel; laxatifs, diurétiques, toniques, traitement local adoucissant de la langue. Au vingt-deuxième jour, reprise brusque de l'iodure de potassium à la dose de 8 grammes. Amélioration, puis *statu quo*. Après un mois de traitement, nouvelle interruption de un mois de durée, puis reprise à la dose de 10 grammes (surveillance constante des urines). Grande amélioration. En continuant selon ce thème, le malade finit par guérir entièrement.

C'est là un bel exemple d'accoutumance. La notion de ce phénomène comporte un certain nombre d'indications thérapeutiques, à savoir :

1° Le traitement s'il est prolongé (et nous montrerons à quel point il importe qu'il le soit) devra toujours être INTERMITTENT. Il sera interrompu de temps en temps par des périodes de repos variant au moins de un à deux mois;

2° On aura intérêt à prescrire, pendant le court des périodes de médication, des DOSES PROGRESSIVEMENT CROISSANTES;

3° Lorsqu'un malade, dans le cours de la première année, se présentera « accoutumé » au mercure, il faudra cesser le traitement pendant quinze à vingt jours; employer ce laps de temps à modifier le terrain par le traitement local, le repos, l'hygiène, les toniques, les diurétiques légers et des laxatifs. Puis le mercure devra être repris et administré: 1° brusquement *à doses élevées*; 2° *à doses supérieures* à celles que le malade avait l'habitude de prendre; 3° et si l'on veut pour plus de garantie, *sous une autre forme* et *par une autre voie*.

Dans le cours de la deuxième année, il sera tout indiqué d'utiliser, pendant la période de repos, l'iodure de potassium.

S'il s'agissait d'une accoutumance à l'iodure, on ne saurait être embarrassé qu'en cas d'intolérance mercurielle; il suffirait alors de se comporter selon les indications données dans l'observation précédente.

L'intermittence dans le traitement de la syphilis, méthode qui dérive de la notion d'accoutumance, est une des deux bases sur lesquelles mon cher maître, M. le prof. Fournier, a institué le mode de traitement qu'il a appelé *Méthode des traitements successifs*.

(1) Voir n° 50, 1893.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 janvier 1894. — Présidence de M. Laboulbène.

Danger du chauffage des voitures par les briquettes.

M. Brouardel. — Deux faits récents m'engagent à appeler de

nouveau l'attention de l'Académie sur le danger du chauffage des voitures par les briquettes.

Le 31 décembre, un cocher de fiacre s'étant endormi dans sa voiture les glaces levées, fut trouvé mort au bout d'une demi-heure; l'autopsie nous a démontré qu'il avait succombé à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone.

Le même jour un de nos confrères après un séjour de cinq minutes dans une voiture fermée, présenta des vertiges, des nausées et une impotence musculaire très prononcée

Je rappellerai à ce propos que l'intoxication oxycarbonée n'exige pas un calfeutrage absolu.

M. Gautier. — A la suite de mon rapport au Conseil d'hygiène, la Compagnie des omnibus a installé des chauffrettes qui éliminent au dehors leurs produits de combustion, mais les petites voitures n'ont rien fait et les accidents continuent.

M. Moissan. — Outre les voitures, on peut incriminer la plupart des appareils de chauffage usités de nos jours. Si les accidents mortels sont rares, les intoxications incomplètes sont très fréquentes.

A la suite d'observations présentées par MM. Proust, Laborde, Larrey, Léon Colin, Gautier, Brouardel, Nocard, l'Académie décide de confier à la section d'hygiène, à laquelle M. Gautier sera adjoint, la rédaction d'un vœu relatif : 1° au chauffage des voitures; 2° aux appareils de chauffage à combustion lente.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 janvier 1894. — Présidence de M. Chauveau.

Impulsion et obsession chez un dégénéré héréditaire

M. Magnan communique une observation d'un dégénéré héréditaire très remarquable par la complexité des symptômes.

Voici les grandes lignes de cette observation : X..., âgé de 47 ans, est actuellement à l'asile Sainte-Anne. Son père était irritable, exalté; sa mère névropathe, une sœur est exaltée. Quant à lui, incapable d'un travail soutenu, il a perdu toute sa fortune à la Bourse.

De très bonne heure, il fut obsédé par le chiffre 4, puis par le chiffre 7, cherchant à accomplir quatre ou sept fois le même acte pour avoir bonne chance.

A 18 ans, ayant été mordu, il a contracté la crainte du chien.

Depuis plusieurs années il est pris brusquement de rires ou de pleurs en désaccord avec son état du moment.

D'autres fois il éprouve le besoin de japper, d'aboyer. S'il obéit à son envie il est soulagé. Sinon, il éprouve une constriction thoracique intense et un agacement pénible des extrémités.

Pendant six mois, besoin irrésistible d'uriner sous l'influence de certains bruits (eau qui coule, sifflet...)

Par moments il prononce malgré lui des mots injurieux.

Dès 16 ou 17 ans il était arithmomane : l'obsession des chiffres 4 et 7 fut remplacé par celle du chiffre 3, il ne cite que le chiffre 3 ou ses multiples.

Puis il s'adonna au vol, pour éprouver une sensation qui le délivre de malaises et de douleurs diverses, mais il vole ou s'accuse de voler 3 gigots, 3 fromages.

Il avait deux dents gâtées, il s'en fait arracher 3, etc. Plus tard, il est tourmenté par des questions de métaphysique. Les obsessions se multiplient, il ne peut ni toucher, ni voir un couteau, un rasoir, il ne peut pas voir un bouchon placé de travers sur une bouteille vide.

Aux obsessions se sont ajoutées des hallucinations de l'ouïe se rapportant aux événements passés ou futurs; il converse à distance avec divers personnages.

Il se croit poursuivi par une puissance supérieure, il est vendu au diable, qu'il a vu, dit-il, couvert du costume théâtral de Méphisto.

C'est donc là un type très complexe de dégénérescence mentale.

Angiocholite et cholécystite cholériques expérimentales.

MM. A. Gilbert et S.-A. Dominici. — L'injection de cultures de bacille virgule dans le canal cholédoque est rapidement suivie de la mort des animaux.

Outre les lésions habituelles du choléra expérimental, ou trouve dans les voies biliaires extrahépahiques du pus riche en vibrions cholériques.

Le foie présente une angiocholite très marquée et de petits abcès des espaces portes. Si l'injection a été très abondante, on trouve des foyers de nécrobiose hépatique.

La plupart de ces lésions ont été trouvées dans le choléra humain, même les nécroses (Hanot et Gilbert). La constatation faite par M. Girode de la présence du bacille virgule dans la bile de 11 cholériques sur 28 examinés rend compte de la production de ces lésions.

Infections salivaires ascendantes.

M. Girode. — J'ai examiné 12 cas de suppuration salivaire, dont 5 primitifs et 7 secondaires à un étranglement interne, au diabète, à une fièvre typhoïde, à une pneumonie. Dans ces derniers cas, le microbe de l'infection salivaire n'avait rien de commun avec celui de l'affection ascendante.

Dans tous les cas il y avait des lésions buccales internes, plus marquées au niveau de l'embouchure des canaux salivaires.

J'ai trouvé six fois l'aureus, une fois l'albus, quatre fois le pneumocoque et une fois le pneumo-bacille de Friedlander. Dans un cas le pneumocoque était associé à un bacille grêle que je n'ai pas pu isoler.

La coexistence des mêmes bactéridies dans la bouche et le maximum des lésions dans les canaux sont en faveur de l'infection ascendante.

Rapports du poids du foie et celui de la rate avec le poids du corps et avec sa surface.

M. Richet. — De nombreuses pesées que j'ai faites sur le chien m'ont démontré que le foie correspond en poids à la surface de déperdition de chaleur par rayonnement, tandis que la rate est au contraire en rapport avec le poids du corps.

De la toxicité urinaire après la thyroïdectomie.

M. Masoin (de Louvain). — D'expériences nombreuses que j'ai faites, je conclus, comme M. Gley, que la toxicité urinaire augmente après la thyroïdectomie. Mais si l'animal est pris de crises épileptiformes, la toxicité augmente encore pendant toute la durée des accidents. Le régime lacté ne modifie en rien la toxicité urinaire chez les animaux thyroïdectomisés.

M. Gley. — Ces expériences prouvent que le corps thyroïde a pour fonctions d'extraire du sang et de détruire certaines substances toxiques. Si cet organe est supprimé ces substances s'accumulent dans le sang et tendent à s'éliminer par d'autres émonctoires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 janvier 1894.

Éloge de A. Richet,

Par M. Ch. Monod, *secrétaire général.*

Messieurs,

« Le professeur Richet était le type du chirurgien classique : grand, grave, solennel même; ayant une haute idée de la dignité professionnelle, et je dirai aussi de sa propre dignité; donnant à tous l'exemple du travail incessant et du devoir accompli. De tels hommes honorent notre profession ; nous leur devons un tribut d'admiration, de respect et d'éloges. »

Vous avez reconnu, Messieurs, les paroles prononcées par notre président M. Terrier, quand, dans la séance annuelle du 20 janvier 1892, il nous annonça la mort du professeur Richet. Je me plais à les reproduire en tête de cette notice. On ne saurait

mieux, en quelques mots, peindre l'homme et donner une idée de sa laborieuse carrière.

A mon tour, je veux essayer d'évoquer devant vous la figure de votre regretté collègue, anatomiste expert, chirurgien de premier ordre professeur apprécié et chéri par ses élèves. »

M. Monod rappelle alors en quelques mots la modeste origine de Richet.

Né à Dijon le 16 mars 1816, d'un père de condition honorable, déjà âgé, et mourant trois ans après sa naissance, Didier Dominique-Alfred Richet reçut de sa mère et de ses sœurs les bienfaits d'une forte instruction.

Sa mère, femme d'une intelligente énergie, ouvre un magasin de modes à Dijon, pour faire face aux besoins de la famille et place son fils au Lycée de Dijon.

Ses études sont excellentes. A peine bachelier, le jeune Richet manifeste le désir de faire ses études de médecine. Comment cette idée lui est-elle venue ?

C'est que Richet avait deux médecins parmi ses ascendants : son grand oncle qui eut un certain renom à la fin du siècle dernier, et le fils de celui-ci, son oncle, chirurgien militaire sous le premier Empire. Ce dernier eut une vie singulièrement mouvementée : fait prisonnier sur la Méditerranée par des pirates tunisiens, il obtint la vie et la liberté de ses compagnons de captivité en guérissant le Bey d'une plaie s'aggravant sans cesse. Mais cette prouesse lui coûta sa propre liberté, car il joue désormais à la cour de son maître, qui se refuse à son départ, le rôle de chirurgien malgré lui. Nul doute, dit M. Monod, que l'exemple et les récits de ce médecin n'aient influencé le jeune Richet dans le choix de sa carrière.

En 1837, externe à l'hôpital de Dijon, il obtint de sa mère, qui lui servit une pension de 60 francs par mois, de venir à Paris. Il s'engageait, en échange de ce sacrifice, à finir ses études en cinq ans.

« La mère tint rigoureusement parole, le fils, heureusement pour la science chirurgicale française, manqua à la sienne. »

Les cinq ans révolus, Richet ne reçoit plus de subsides ; céderat-il aux vœux de sa mère ?

« Un incident se produisit, qui contribua pour beaucoup à mettre fin à ses hésitations. Dupuytren était mort peu auparavant. On sait avec quelle solennité ses obsèques furent célébrées. Dans la foule qui se pressait derrière le char funèbre on ne comptait pas seulement des princes, des pairs de France, toutes les sommités des lettres, des sciences, des arts et de la politique. mais des hommes du peuple en grand nombre, anciens malades de l'Hôtel-Dieu, venant rendre à l'illustre chirurgien un témoignage ému de reconnaissance.

La grandeur de ce spectacle avait frappé le jeune Richet et éveilla dans son âme de nobles ambitions. Il s'était dit que l'homme honoré de la sorte avait eu, comme lui, les plus humbles origines ; qu'il avait connu, lui aussi, les difficultés de la vie et lutté pour l'existence ; que son âpreté au travail, son intelligence et sa ferme volonté avaient suffi pour l'élever aussi haut ; enfin que l'accès de telles destinées n'était interdit à personne. Il s'était promis sinon d'égaler un pareil maître, au moins de consacrer toute son énergie à suivre un aussi glorieux exemple.

Ce souvenir ne cessait de hanter le jeune étudiant. Il se décida à poursuivre la lutte.

En 1839, Richet se présente de nouveau au concours de l'internat. Il est nommé le premier de la promotion. Brillant début qui eut sur toute sa carrière une influence décisive. »

Velpeau, qui l'a connu interne, l'apprécie. Il reste deux ans dans son service, puis il passe une année chez Ph. Boyer et une autre en médecine.

« Il avait été interne provisoire chez mon père, « son premier maître », comme il aimait à me le rappeler lorsque, plus tard, je fus moi-même son élève », ajoute M. Monod.

Les premières étapes de la route où il s'engage sont rapidement franchies. Aide d'anatomie en 1841 ; prosecteur en 1843, il remporte la médaille d'or *ex æquo* avec Oulmont. Il soutient sa thèse la même année (28 mars 1844). Chirurgien des hôpitaux (13 novembre 1844), agrégé en chirurgie (1847), il remporte son premier et seul échec en 1846 : Gosselin, plus ancien, est nommé contre lui chef des travaux anatomiques.

Il échoue encore aux concours existant alors, pour les chaires de médecine opératoire et de clinique chirurgicale contre Malgaigne et Nélaton plus anciens que lui.

C'est en 1852 qu'il conçoit l'idée d'écrire son livre fameux.

« En 1852, lorsque le concours fut supprimé, Richet se trouvait être de ceux que leur passé et les sympathies qu'ils avaient su s'attirer, désignaient d'avance au choix de la Faculté. Mais, dédaignant de ne tenir sa nomination que de la seule bienveillance de ses maîtres, il chercha à se créer un titre sérieux à leurs suffrages. Un des juges du dernier concours, pour justifier son vote, n'avait-il pas dit : « Je vote pour les gros livres » ? Richet voulut avoir le sien. »

Dès sa première année d'internat, Richet s'était voué avec ardeur à l'étude de l'anatomie. Il n'abandonna pas plus tard ses recherches sur le cadavre ; il enregistra et consigna ses remarques par écrit, et résolut bientôt d'utiliser ce véritable dossier.

La première édition du Traité d'anatomie chirurgicale parut en janvier 1855.

Après s'être vu préférer successivement Jobert de Lamballe et Gosselin (1854 et 1858), il est appelé à recueillir la succession de Malgaigne en 1865 ; le suffrage de la Faculté ne faisait que confirmer celui du public médical qui s'était emparé de son livre.

Devenu professeur, Richet s'acquitta consciencieusement de sa tâche, et continua son cours pendant vingt-trois ans sans presque une seule interruption. Chargé pendant deux ans d'un cours théorique à l'école, il obtient, en 1867, une chaire de clinique chirurgicale devenue vacante ; le but de son ambition est atteint.

« Richet était, comme Gosselin, son prédecesseur immédiat, l'un des derniers représentants de cette grande chirurgie classique qui s'est personnifiée, après Desault et Dupuytren, en Velpeau, Blandin, Laugier, Jobert, et, plus près de nous, en Malgaigne, Nélaton, Denonvilliers, Jarjavay, Robert, Lenoir, et tant d'autres.

Comme eux, il avait compris que c'est au lit du malade que se forme le vrai praticien. Aussi ne croyait-il pas pouvoir trop encourager ses élèves à l'étude patiente des faits cliniques, ni pouvoir mieux employer son temps et ses efforts qu'à les guider dans cette voie laborieuse, mais singulièrement féconde.

Très régulier à l'hôpital, il faisait chaque jour une visite attentive dans les salles, s'arrêtant, et souvent longuement, auprès des malades dont l'histoire prêtait à quelque considération utile ou intéressante ; montrant, dans les cas difficiles, par quelle série de déductions on parvient à poser un diagnostic exact ; pour d'autres, s'attachant surtout à établir le pronostic ou à indiquer les principales lignes du traitement.

J'ai conservé, et je relisais récemment des notes prises par moi au courant de la plume, au temps où je suivais le service du professeur Richet. Elles portent bien la marque de cet enseignement pratique, élémentaire, accessible aux plus petits.

Et, sans peine, je me le représente dans les longs couloirs de de l'Hôtel-Dieu, suivi de son cortège d'élèves, redressant sa haute taille, la tête coiffée de la calotte classique, sous laquelle il aimait à ramener certaine mèche rebelle, ceint du tablier blanc qu'il portait court, comme s'il eût craint de laisser entraver sa marche ; s'avançant d'un pas rapide, mais toujours digne, l'air plus grave que sévère, comme pénétré de l'importance de son rôle, sans qu'on pût jamais songer à l'accuser de pédanterie.

Peu familier, sachant garder la distance de maître à disciple, il cachait sous une apparence un peu froide des trésors d'indulgence et de bonté. Très dévoué à ses élèves, il s'intéressait à leurs travaux et à leurs légitimes ambitions. Aussi n'a-t-il laissé dans leur esprit, comme le disait l'un d'eux sur sa tombe, que le souvenir

du « maître vénéré, du maître profondément aimé, du conseiller paternel et bon » dont le jugement sûr ne fut jamais en défaut ».

Trois fois par semaine il faisait une leçon à son amphithéâtre. Les volumes qu'ont publiés ses élèves, ne peuvent qu'en donner une idée incomplète.

« Mais ceux qui ont entendu le maître n'ont pas perdu le souvenir de cette parole lucide, s'efforçant de faire pénétrer dans l'esprit de ses auditeurs les préceptes de la saine chirurgie, j'allais dire de la chirurgie du bon sens; faisant appel, quand il y avait lieu, à des connaissances anatomiques précises pour en tirer certaines déductions cliniques ; ne cherchant pas les effets oratoires, soucieux avant tout de clarté, ayant souvent recours, pour mieux frapper l'attention, à des comparaisons pittoresques, qui faisaient quelquefois sourire, mais qui demeurent,aujourd'hui encore, avec l'enseignement qu'elles comportent, gravées dans notre souvenir.

Jusqu'à la fin il resta sur la brèche, heureux de voir, même dans les dernières années de sa vie, ses élèves lui rester fidèles. »

La leçon clinique n'était du reste qu'une partie de son enseignement, il tenait à montrer aux étudiants les qualités du chirurgien aux prises avec les difficultés de la pratique.

« Richet, mieux que personne, était en mesure de donner cette vivante démonstration. Tous ses élèves rediront avec moi quel excellent opérateur il était. D'un imperturbable sang-froid, ne se laissant émouvoir par aucun incident, il poursuivait sa route avec calme, marchant droit au but et achevant, souvent aux applaudissements de son jeune auditoire, les interventions les plus audacieuses ou les plus délicates.

C'est qu'ici encore l'anatomiste venait puissamment en aide au chirurgien. Cette sûreté de main, cette sorte de divination qui lui permettait d'éviter, comme en se jouant, les obstacles et les écueils, qu'était-ce donc, sinon la mise en œuvre de ses longues recherches sur le cadavre? Précieux enseignement! précieux encouragement aussi pour ceux qui seraient tentés de se laisser rebuter par ces études préliminaires, arides en apparence, mais sans lesquelles le vrai chirurgien n'existe pas. »

Les résultats hélas, ne furent pas à la hauteur de son effort, l'antisepsie était ignorée alors, mais à son apparition, il se rendit bientôt à l'évidence.

De 1852 à 1865 il fréquente assidûment la société de chirurgie, et prend une part active à ses discussions. Combien nombreux sont les points de pratique courante sur lesquels il s'efforça dans cette enceinte de porter la lumière et quelle activité variée et féconde Richet déploya au sein de cette Société.

A partir de 1867 c'est à l'Académie de médecine qu'il consacre le peu de temps que lui laissent ses nombreuses occupations. Il en devient le président en 1879.

Richet était de ceux qui pouvaient prétendre à une récompense plus haute encore. Aussi à la faveur de ses nombreux travaux, est-il appelé à prendre, le 7 mai 1883, la place de Sédillot à l'Académie des sciences.

Son livre d'anatomie médico-chirurgicale, ne fut pas un de ses moindres titres à cette haute distinction.

Il me sera permis, dit M. Monod, d'arrêter encore un instant votre attention sur cette œuvre capitale de notre collègue et de rechercher les causes de son grand succès. Malgaigne reprochait à Blandin et ses prédécesseurs de s'être montré plus anatomiste que chirurgien. Lui-même tombe dans l'excès contraire. L'œuvre de Richet échappe à ces critiques.

« Sans doute il ne s'est pas borné, comme Blandin, à faire de l'anatomie topographique. On a même pu trouver que dans son livre — appelé par lui, pour en bien marquer l'esprit, *Anatomie medico-chirurgicale* — il se laissait entraîner, lui aussi, dans de trop longues excursions sur le terrain de la pathologie et de la physiologie mais jamais du moins il ne perd de vue que l'étude anatomique la plus précise et la plus détaillée doit rester l'objet principal de ses efforts. On retrouve, en le lisant, la trace de ses longues recherches sur le cadavre ; l'aide d'anatomie, le prosecteur, celui qui a consacré près de vingt ans de sa vie à l'étude et à l'enseignement de l'anatomie, se révèle à chaque page. Et l'élève à l'amphithéâtre, le livre en main, a cette rare joissance de pouvoir sans peine, en suivant pas à pas la parole du maître, vérifier par lui-même l'exactitude de ces descriptions.

Voilà, Messieurs, ce qui a fait de l'œuvre de Richet lo livre de chevet de tant de générations d'étudiants.

Viennent ensuite les déductions pathologiques, les longues considérations physiologiques : elles ne seront qu'un attrait de plus. Elles donneront à l'esprit du jeune travailleur cette satisfaction de pouvoir, à mesure qu'il avance dans son étude, apprécier toute l'importance des considérations anatomiques qui ont précédé.

Joignez à cela la sobriété et la clarté du style, un art véritable dans la façon de présenter et de diviser le sujet, l'intérêt qui s'attache à telles polémiques vigoureusement soutenues, enfin le charme de certains passages où l'homme se relève dans l'expression simple et naïve d'un juste contentement de lui-même, et vous comprendrez que le *Traité d'anatomie chirurgicale* de Richet, malgré le mérite, à certains égards supérieur, des ouvrages analogues qui ont suivi, compte encore parmi nos meilleurs ouvrages classiques. »

Richet était fier de son livre, « Le livre » comme il disait; bien d'autres travaux cependant suffiraient à illustrer sa mémoire.

Les indiquer tous serait donner un véritable index bibliographique, rappelons seulement deux modes de traitement auxquels Richet a attaché son nom : l'ignipuncture, et la volatilisation des hémorrhoïdes.

Richet eut à Paris une grande situation chirurgicale que lui valut, en dehors de ses titres, ses qualités de clinicien et d'opérateur, sa honté et son dévouement pour les malades. Sa clientèle devint surtout importante à partir de 1872. Sa vie intime n'en fut pas moins simple et régulière, le travail absorbait tous ses instants, le théâtre, les soirées, les lectures mêmes ne le tentaient guère. Marié à 33 ans, à une femme issue d'une famille parisienne honorable entre toutes, il en eut deux enfants. Le mariage de sa fille étendit encore ses relations, son fils fut sa joie et sa gloire.

« Comment ne pas rappeler ici qu'une des plus grandes et des plus nobles satisfactions éprouvées par notre collègue fut de voir ce fils, dont il avait surveillé et guidé les études, se créer à côté de lui une situation personnelle dans le mouvement scientifique contemporain, et s'imposer de telle sorte, par ses travaux et ses aptitudes, que, lors de la vacance de la chaire de physiologie à la Faculté de médecine, en 1887, nul ne parut mieux désigné que lui pour l'occuper. On vit alors, fait unique dans l'histoire de notre Faculté, le père et le fils siéger ensemble dans les conseils de l'École, tous deux entourés de l'estime et de l'affection de leurs collègues et de leurs élèves. Richet en concevait une légitime fierté, dont il ne cherchait pas à retenir l'expression. »

Jusqu'en 1875, Richet ignore le repos; il achète en 1857 une petite propriété à Epinay-sur-Seine, où il passe ses soirées d'été. Ces modestes plaisirs champêtres sont les seuls qu'il se permette.

Plus tard, en 1875, cédant à son goût pour la campagne, il achète dans le midi de la France le beau domaine de Carqueiranne, et dès lors ses absences devinrent plus fréquentes.

C'est là que Mme Richet fut, sous les yeux de son mari, mortellement blessée. Le coup fut terrible, Richet ne put jamais s'en remettre.

Le dernier jour de 1891, la mort de Richet se répand à Paris. Il avait succombé à une broncho-pneumonie infectieuse, avec son fils à son chevet. Richet avait alors 75 ans.

L'orateur termine son discours par ces mots :

« En 1868, le prof. Richet, chargé dans une séance solennelle, à la Faculté de médecine, de faire l'éloge de Jobert (de Lamballe), terminait son discours par ces mots : « Ce qui, à mes yeux, caractérise surtout Jobert, ce qui le recommande à l'attention de la postérité, c'est que, parti de bas, sans fortune, sans appui,.., il a su

s'élever aux plus hautes dignités par le fait d'un travail sans relâche et que rien n'a pu décourager. »

« En prononçant ces paroles, Richet faisait sans doute un retour sur lui-même. Nous aussi, après avoir repassé ensemble la longue carrière de notre collègue, nous pouvons dire qu'il laisse un salutaire exemple. Sa vie et ses œuvres montrent ce que peut le travail servi par une belle intelligence et une volonté tenace. »

REVUE DES JOURNAUX RUSSES

De la valeur des hémoptysies pour les processus pulmonaires, par le prof. Gluzinski. (*Przeglad Lekarski*, 24 juin, 1 et 8 juillet.)

Les expériences de l'auteur ont porté sur 6 chiens et 16 lapins. Voici comment il procède : après avoir pris de leur propre sang dans la carotide, il leur en a introduit une certaine quantité par la trachée pour rechercher ensuite des modifications histologiques dans les poumons; et cela à de différents intervalles de temps après l'introduction du sang (de une heure à trois semaines). Les animaux ont été tués par le chloroforme.

Résultats : 1° Du sang normal introduit (versé) dans des poumons sains n'est pas sans action sur le tissu pulmonaire, en dépit de l'opinion de Perl, Lippmann et Nothnagel; 2° déjà pendant les premières vingt-quatre heures il peut provoquer une réaction dans le tissu pulmonaire : elle se traduit pendant les premiers jours par une desquamation des cellules épithéliales des vésicules pulmonaires et des petites bronches, par l'élimination des globules blancs et parfois par une péribronchite; 3° vers le 6° jour environ se produit une atélectasie du poumon au point où il se trouve en contact avec le sang et un épaississement du tissu élastique intervésiculaire. Des modifications étant survenues dans les bronchioles et à leur voisinage peuvent amener d'autres fois la pneumonie desquamateuse de *Buhl*. De tels changements peuvent se rencontrer encore au bout de vingt et un jours.

On comprend que ces changement ayant lieu dans les poumons après le versement du sang ou, ce qui revient au même, après des hémoptysie puissent être une source pour un développement ultérieur de la congestion chronique; on se trouve en présence des conditions favorables à la vie des bacilles tuberculeux.

L'auteur fait observer, en outre, que dans les poumons préalablement modifiés pathologiquement (par exemple chez les lapins après l'injection, dans la cavité pleurale, d'infusion d'iode ou bien chez des lapins tuberculeux) l'absorption des globules rouges des vésicules pulmonaires s'effectue beaucoup plus lentement que dans des poumons normaux. (Au bout de six à huit jours les globules rouges ne se révèlent plus dans les vésicules pulmonaires ; dans ce cas, les hémoptysies auront donc de plus sérieuses conséquences).

Il est à remarquer que le travail du prof. Gluzinski plaide en faveur de ce fait qu'il ne faut guère faire peu de cas des hémoptysies comme c'est l'habitude même des grands cliniciens.

J. Gutman.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La déclaration obligatoire des maladies épidémiques.

Les lecteurs ont eu sous les yeux, dans l'avant-dernier numéro de la *Gazette médicale*, l'arrêté ministériel relatif à la déclaration obligatoire des maladies épidémiques. Le *Journal officiel* du 30 décembre 1893, qui l'a publié, contient en même temps le texte d'une circulaire que le ministre de l'Intérieur a adressée aux préfets, à la date du 1er décembre 1893, sur le mode d'exécution de cet arrêté. Le ministre ne semble pas se faire illusion sur les difficultés que cette exécution peut présenter ni sur les scrupules qui naîtront assez souvent dans l'esprit des médecins, placés entre l'obligation du secret professionnel et celle de la nouvelle disposition légale. Il prévoit même le cas où le médecin aurait de bonnes raisons pour obéir de préférence à la première de ces obligations et où il serait admis à se justifier d'avoir manqué à la seconde. Déjà, en ce qui concerne les infections puerpérales, la déclaration cesse d'être obligatoire si le secret, au sujet de la grossesse, a été réclamé.

Outre ces réserves, le ministre s'attache à montrer que le mode de déclaration adopté répond d'avance à certains autres scrupules des médecins. C'est ainsi que la nature de la maladie sera désignée par un numéro d'ordre correspondant à une nomenclature inscrite à la première page du carnet. C'est ainsi encore que le médecin ne sera pas tenu de signer sa déclaration : un numéro inscrit sur chacune des feuilles de son carnet suffira pour le faire reconnaître par l'administration. L'indication du nom du malade lui-même n'est pas une formalité essentielle et le médecin n'est pas tenu de l'inscrire s'il peut, sans le faire, désigner la maison d'une manière suffisamment précise. Quoi qu'il en soit de ces précautions, dont l'importance ne paraît pas capitale, le médecin, au su de la famille du malade, n'en portera pas moins la responsabilité de la déclaration qu'il aura faite. Il n'est pas complètement couvert de cette responsabilité par l'obligation légale de la déclaration, car celle-ci repose sur un diagnostic à porter, et si ce diagnostic est généralement facile en pleine épidémie, il présente parfois de grandes difficultés quand l'épidémie est tout à fait au début, quand on est aux prises avec les premiers cas. On comprend, en pareille circonstance, la gravité d'une erreur, tant pour le malade et la famille que pour le médecin, et il sera difficile de faire à celui-ci un crime d'avoir hésité et ainsi parfois d'avoir trop attendu ou même de s'être abstenu.

Une autre raison, pour le moment du moins, et tant qu'une organisation sanitaire ne fonctionnera pas régulièrement dans toute la France, contribuera à refroidir le zèle des médecins : c'est le peu d'utilité effective de la déclaration. En effet, le maire de la commune et le sous-préfet, qui la reçoivent simultanément, ne sont pas suffisamment armés pour prendre immédiatement les mesures nécessaires d'isolement et de désinfection. Malgré toutes les instructions ministérielles auxquelles on renvoie ces fonctionnaires, il faudra, pour longtemps encore sans doute, compter avec l'ignorance ou l'apathie du maire et l'impuissance du sous-préfet. Il eût été certainement dans la logique des choses de faire précéder la déclaration obligatoire des maladies par la loi sanitaire en projet et l'organisation des services qu'elle permettra d'instituer.

Par les quelques réflexions qui précèdent, nous n'avons nullement l'intention de faire le procès de la déclaration obligatoire des maladies infectieuses. Cette mesure d'hygiène publique, qui a fait ses preuves ailleurs, est appelée à rendre de trop grands services pour qu'on songe à la combattre et tout le monde sait, d'autre part, qu'une loi d'intérêt général froisse toujours plus ou moins les intérêts particuliers. Mais il n'est pas douteux que la déclaration obligatoire a été accueillie plus que froidement par une bonne partie du corps médical ; nous en avons recherché et exposé simplement les principales raisons. Il ne suffit pas, d'ailleurs, d'une loi pour rompre avec d'anciens usages; il faut aussi que les

mœurs et les habitudes se transforment peu à peu. C'est ce qui arrivera sans doute pour la déclaration obligatoire. Quand on sera bien pénétré de son utilité et des services qu'elle est appelée à rendre, elle ne rencontrera plus d'opposition, ni dans le corps médical, ni dans le public.

F. DE R.

DISCOURS

PRONONCÉ AUX OBSÈQUES DE M. CHARLES QUINQUAUD,

Par Albert Robin.

J'ai mission de dire à M. Charles Quinquaud les suprêmes adieux de la Faculté et de l'Académie de médecine, et de rendre à sa mémoire et à ses travaux le douloureux hommage de ses collègues.

L'annonce de sa mort prématurée nous a frappés comme un désastre. Il assistait encore à l'avant-dernière séance de l'Académie, plein d'énergie et de vitalité, l'esprit hanté des travaux en cours et d'originales idées à réaliser. Il rêvait la synthèse de son cœur. Et voilà qu'un mal inexorable l'arrache à la science, si vite et si cruellement, que devant ce cercueil, il semble planer quelque chose de la fatalité antique !

Quand Quinquaud fut frappé par la maladie, il sentit aussitôt qu'il était perdu et que tout secours serait vain. Et il regarda la mort en face, avec la fière sérénité de toute sa vie ; il ne pensa qu'à réconforter les siens, à leur cacher ses souffrances, et en pleine connaissance, l'âme haute, il s'endormit dans l'éternité.

La vie de Charles Quinquaud est un modèle à suivre, car l'homme valait le savant. Les anciens de sa commune racontent avec émotion qu'ils voyaient un tout petit enfant pâle et silencieux, ne jouant jamais, assis le matin, avec un livre, devant la porte de l'école en attendant qu'elle s'ouvrît. Tout ce que l'instituteur pouvait apprendre Charles Quinquaud le sut bientôt. Le soir il dévorait les livres du village. Et en regardant si loin dans la nuit l'unique lueur de sa fenêtre, les paysans attardés disaient : « C'est encore le petit Quinquaud qui travaille. »

Le travail, le travail incessant, le travail qui transporte, mais qui use et qui finit par tuer, le travail a été la dominante de sa vie. Jamais de repos, jamais de plaisirs, mais le labeur austère, la tâche jamais finie, et le rude marcheur, toujours sur la route des horizons inexplorés. Et c'est à cette puissance de travail qu'il dut tous ses succès, depuis l'internat jusqu'au bureau central et à l'agrégation, jusqu'à l'Académie. Ses titres, on peut dire qu'ils ont été bien gagnés et pris de haute lutte, car nulle faveur ne s'est étendue sur notre collègue. Son indépendance égalait son mérite ; maître lui-même, il ne relevait d'aucune école. Aussi, permettez-moi de rappeler ce souvenir quand il concourut pour la troisième fois à l'agrégation. Au concours qui le nomma, celui de ses compétiteurs qui était chargé de l'argumenter déclara qu'avant de discuter la thèse du candidat, il tenait à rendre à la loyauté et à la dignité de l'homme un public hommage.

Charles Quinquaud était un caractère, dans toute l'acception du terme. Ses élèves, ses amis, vous diront ce qu'était son cœur et combien il y avait de tendresse, de bonté et de simplicité dans l'âme de ce savant.

Car ce fut un grand savant, dont le nom n'est point encore allé à la popularité vulgaire, parce que son savoir s'effaçait devant sa modestie. Mais sa place est marquée comme celle d'un des maîtres incontestables de la chimie pathologique ; et le jour où cette science aura conquis le rang qui lui appartient, le nom de Charles Quinquaud sera inscrit parmi ceux de ses premiers initiateurs.

Il est un de ceux qui ont le plus contribué à faire entrer les méthodes de la physique et de la chimie, dans les choses de la médecine. Il a éclairé l'histoire de la chaleur animale, la chimie de la respiration morbide, il a montré comment s'opérait la désintégration organique sous l'influence des ferments, appliqué la chimie pathologique à la gynécologie, à la dermatologie ; il est l'un des metteurs en train de l'évolution nouvelle de la thérapeutique, par ses recherches sur les formiates, l'eau oxygénée, l'arsenic et les médicaments de la série aromatique. C'est lui qui a découvert les infections bronchiques, séparé la peptonurie primitive du diabète insipide, et démontré qu'une des variétés de l'ictère grave correspondait à des altérations chimiques bien définies de la glande hépatique. Il est l'un des créateurs de l'hématologie clinique qu'il a portée à un rare degré de perfection et dont il a su tirer des applications pratiques définitives.

Je ne parlerai pas de ses nombreux mémoires de pathologie générale et de clinique, de physiologie, ni des progrès qu'il a imprimés à la dermatologie, en individualisant de nouvelles entités morbides. Tout cela est devenu classique et prouve combien l'esprit de notre collègue était ouvert sur toutes les échappées de la science, et quelle large allure d'encyclopédisme avait son talent.

Mais ce dur ouvrier est mort avant la pleine récolte. Les idées qu'il semait à pleines mains autour de lui, germent pour une floraison nouvelle dont notre souvenir ému offrira la moisson en tribut à sa mémoire là-bas sur le sol natal si cher, où il a demandé qu'on lui donnât l'éternel repos.

Mon cher Quinquaud, mon vieil ami des luttes passés, dans la tristesse de notre dernier adieu, nous vous pleurons, mais comme on pleure un vaillant et un fort.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Société de chirurgie de Paris.

PRIX DÉCERNÉS POUR 1893.

PRIX DUVAL. — Décerné à M. P. Mauclaire, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, pour sa thèse :

Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses.

PRIX LABORIE. — Deux mémoires envoyés : 1.000 fr. à MM. Aug. Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris et Maubrac pour leur travail intitulé : *Des accidents encéphaliques consécutifs aux otites, envisagés spécialement au point de vue de leur traitement.* — 200 fr. à M. E. Estor, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, pour son travail intitulé : *Du cathétérisme rétrograde.*

PRIX GERDY — *De la cure radicale de la hernie ombilicale.* Trois mémoires envoyés : 1,500 fr. à M. Jules Bœckel, chirurgien des hôpitaux civils de Strasbourg ; 750 fr. à M. Léon Cahier, professeur agrégé au Val-de-Grâce ; 750 fr. à M. Paul Barrier, aide-major de 1re classe au 1er régiment d'artillerie à Bourges.

PRIX DEMARQUAY. — *Des opérations pratiquées par la voie sacrée.* Indications. Résultats. Manuel opératoire. — Aucun mémoire n'ayant été adressé, la même question est remise au concours pour 1895.

PRIX RICORD. — Le prix n'est pas décerné.

PRIX A DÉCERNER EN 1894.

PRIX DUVAL (300 fr.). — A l'auteur (ancien interne titulaire des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse de chirurgie, publiée dans le courant de l'année 1894. — Le prix ne peut être partagé.

PRIX LABORIE 1 200 fr.), — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

PRIX A DÉCERNER EN 1895.

PRIX DUVAL (300 fr.). — Voir ci-dessus les conditions du concours.

PRIX LABORIE (1.200 fr.) » » »

PRIX GERDY (2.000 fr.). — Questions : *De l'intervention chirurgicale dans les sténoses du pylore.*

N.-B. — Par suite d'un reliquat de 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 3.000 fr.

PRIX DEMARQUAY (700 fr.). — Question : *Des opérations pratiquées par la voie sacrée. Indications, résultats, manuel opératoire.*

N.-B. — Le prix n'ayant pas été décerné en 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 1.400 fr.

PRIX RICORD (300 fr.). — A l'auteur d'un mémoire de chirurgie publié dans le courant des années 1894-1895, ou d'un travail inédit sur un sujet

quelconque de chirurgie, n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

N.-B. — Le prix n'ayant pas été décerné en 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 600 fr.

Les travaux des concurrents doivent être adressés au secrétaire général de la SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, 3, rue l'Abbaye, avant le 1er novembre de l'année où les prix sont décernés.

Les manuscrits destinés au prix RICORD peuvent être signés. Pour les prix LABORIE, GERDY et DEMARQUAY, ils seront anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Pour les autres conditions de ces concours, voir le premier fascicule des *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie* de l'année courante.

Faculté de médecine de Paris.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE. — Un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le 5 février 1894, à 9 heures du matin. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 29 janvier 1894. Le registre d'inscriptions sera ouvert tous les jours de midi à 3 heures, guichet n° 2. Les candidats devront être docteurs en médecine et ne pas être âgés de plus de 33 ans. Ils devront produire leur diplôme et leur acte de naissance. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Cours de chimie biologique

M. le prof. A. GAUTIER a commencé ses leçons de clinique biologique le mardi 16 janvier, à 1 heure (grand amphithéâtre), et les continuera les mardis suivants à la même heure.

Sujets des leçons : Les corps organisés ; la cellule en action ; phénomènes généraux de la vie végétale et animale ; l'alimentation et l'assimilation ; la désintégration cellulaire ; les ferments solubles et figurés ; principaux produits de la désassimilation ; acides, urée, uréides, leucomaïnes, ptomaïnes, toxines ; rôle des microbes et des tissus dans les maladies.

Conférence sanitaire internationale.

La conférence sanitaire internationale dont la réunion était fixée au 24 janvier, n'aura lieu que le 7 février.

Hôpitaux de Paris.

Un concours pour la nomination de trois places de médecins des hôpitaux et hospices de Paris s'ouvrira le 28 février prochain. Les candidats sont priés de se faire inscrire du 29 janvier au 10 février.

Conférence d'internat.

MM. Durante, Cuépin, L. Lévi, Mayet et Michon commenceront leur conférence d'internat le mercredi 24 janvier, à 3 heures, à l'amphithéâtre de l'École pratique.

Chronique des hôpitaux.

MM. Goépin et Pagny, internes des hôpitaux, ont été autorisés par M. le Ministre de l'Agriculture à suivre les cours de l'école vétérinaire d'Alfort.

Association de la Presse médicale.

Réunion du 12 janvier 1894.

Le premier dîner statutaire pour l'année 1894 de l'*Association de la Presse médicale* a eu lieu le 12 janvier 1894, au restaurant Marguery sous la présidence de M. Cornil. Dix-huit membres ont assisté à cette séance, parmi lesquels les syndics : MM. de Ranse et Cézilly.

Le secrétaire général a présenté la brochure, imprimée par les soins de l'Association, pour perpétuer le souvenir du banquet offert sous son initiative par le corps médical français aux médecins de l'escadre russe. Cette brochure est désormais à la disposition de tous les médecins qui ont adhéré et souscrit au banquet ; ils peuvent la faire prendre au secrétariat, 14, boulevard Saint-Germain. — Elle est mise en vente au secrétariat général pour tous ceux qui n'ont pas pu assister à cette fête. On peut la demander par lettre en envoyant 1 fr. en timbres-poste.

M. le trésorier a ensuite fait approuver les comptes du banquet. En raison des dépenses supplémentaires qu'a occasionnées à l'Association son initiative au cours des fêtes franco russes, le montant de la cotisation sera cette année, *et par exception*, augmentée de 10 francs.

Enfin, le secrétaire général a mis l'Association au courant des démarches qu'il a faites, à l'occasion du prochain Congrès international de médecine de Rome, comme secrétaire du Comité d'initiative français. La *Société de Voyages pratiques* a été autorisée à organiser toute une série d'excursions en Italie, en Grèce et en Tunisie, sous le contrôle du Comité français.

Un avis ultérieur fournira à ce sujet tous les renseignements désirables.

Au cours de cette réunion, M. de Ranse, syndic sortant, a, en outre, été réélu à l'unanimité.

Le secrétaire général : MARCEL BAUDOUIN.

XIe Congrès international de médecine de Rome.

Les membres de l'*Association de la Presse médicale française*, réunis en Assemblée générale le 12 janvier 1894, sont d'avis que les médecins français doivent prendre une part active au Congrès international de médecine de Rome.

Ils se fondent sur les raisons suivantes : 1° Ce Congrès est la suite de réunions analogues et les médecins français doivent d'autant moins déserter ces grands assises qu'ils en ont pris les premiers l'initiative (Congrès de Paris, 1867). Le but de ces Congrès, exclusivement scientifiques, consiste à poser et à discuter les questions de médecine générale et spéciale et d'hygiène qui intéressent tous les États ;

2° Le français est l'une des langues officielles du Congrès, celle qu'emploiera la grande majorité des délégués belges, espagnols, grecs, hollandais, roumains, russes, suisses, turcs, américains du sud. On ne peut abandonner ceux qui nous font cet honneur ;

3° Le corps médical français a le désir de faire connaître ses méthodes et les résultats de ses travaux dans une réunion de savants destinée à discuter les projets les plus importants à l'ordre du jour.

Dans ce concours d'hommes de science nous devons mettre au mieux en évidence notre travail national, notre enseignement, nos savants et nos publications.

CORNIL, CÉZILLY, DE RANSE, CHEVALLEREAU, BÉRILLON, BILHAUT, DELEFOSSE, DE MAURANS, FOURNIER, GAUTHIER, GORECKI, GOUGUENHEIM, JANICOT, LABORDE, MEYER, OLLIVIER, VALUDE, M. BAUDOIN, *secrétaire*.

Pour tous renseignement s'adresser, 14, boulevard Saint-Germain.

Congrès international d'hydrologie et de climatologie.

Ce Congrès s'ouvrira à Rome le 29 mars 1894, parallèlement au Congrès international de médecine. Une exposition accompagnera le Congrès. On trouvera tous les renseignements relatifs aux Congrès de Rome, chez le Dr Marcel Baudouin, 14, boulevard Saint-Germain.

OUVRAGES REÇUS AU JOURNAL.

Chez E. Dentu, éditeur, 3 et 5, place Valois, Palais-Royal, Paris.

Microzymas et microbes, par A. BÉCHAMP, correspondant de l'Académie de médecine, ancien professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Chez L. Bataille et Cie, éditeurs, 2, place de l'École-de-Médecine.

Manuel de thérapeutique clinique, par le professeur LEMOINE.

Leçons sur le choléra, faites à la Faculté de médecine de Montpellier, par le Dr A. BROUSSE, professeur agrégé, chargé de cours.

Chez Hachette et Cie, libraires, boulevard Saint-Germain, Paris.

Nouvelle Géographie universelle, La Terre et les hommes, par ELISÉE RECLUS. — XIX. Amérique du Sud, l'Amazone et la Plata, Guyanes, Brésil, Paraguay, Uruguay, République Argentine.

Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Recherches expérimentales sur les leucocytes, par le Dr E. MAUREL, médecin principal de la marine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. *Applications a la méthode microbienne.*

Huitième et dernier fascicule: *Action des microbes pathogènes sur nos leucocytes.* Résumé général : Essai sur la méthode microbienne. Un volume in-8 de 25e pages. — Prix : 2 fr. 50.

N. B. — Dorénavant, la *Gazette médicale* annoncera ou analysera les seuls ouvrages qui auront été envoyés EN DOUBLE à l'administration du journal, 28, rue Vignon.

NOTES D'ANATOMIE, DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE

Diagnostic des anévrysmes de la crosse de l'aorte.

Le diagnostic des anévrysmes de la crosse de l'aorte se pose à trois époques différentes de l'évolution de l'anévrysme :

1° Au moment de la rupture ;

2° Quelques jours avant la rupture ;

3° A la période dite période d'état.

I. — **Diagnostic au moment de la rupture.** — La plupart du temps, le médecin n'a pas le temps de faire le diagnostic; la mort est rapide. On constate les signes d'une hémorrhagie interne, et on pourrait croire à des syncopes d'origine diverse s'il n'existait pas des signes de rupture vers les organes voisins ; par exemple, dans le tissu cellulaire souspleural (anévrysme diffus); dans la veine cave (anévrysme artério-veineux); dans la plèvre, l'œsophage, la trachée, le péricarde, etc.

II. — **Diagnostic dans les jours qui précèdent la rupture.** — Le malade se présente avec de petites hémoptysies ou petits hématémèses survenant et disparaissant sans raison. Il faudra se méfier alors et rechercher les signes de l'anévrysme dont la rupture est imminente.

A ce moment, la confusion serait possible avec un *ulcère*, un *cancer* de l'estomac ou de l'œsophage.

III. — **Diagnostic à la période d'état.** — Il peut se faire à trois moments :

1° *L'anévrysme est contenu dans le thorax et n'a que des symptômes dits* rationnels.

2° *L'anévrysme est contenu dans le thorax et s'accompagne de symptômes* physiques.

3° *L'anévrysme fait saillie à l'extérieur.*

PREMIER CAS. — L'anévrysme se traduit alors par des signes de compression dont un seul devra mettre l'attention en éveil.

Cette compression porte sur :

1° *Les artères.* — L'artère pulmonaire (dyspnée, angoisse, dilatation du cœur droit), l'artère carotide (affaiblissement du pouls facial), l'artère sous-clavière (affaiblissement du pouls radial).

2° *Les veines.* — Veine cave supérieure, veine sous-clavière (œdèmes, cyanose, circulation collatérale).

3° *Les nerfs.* — Les intercostaux à leur origine (névralgies intercostales), le pneumogastrique (dyspnée), le récurrent (spasme glottique), le grand sympathique (dilatation pupillaire), le phrénique (hoquet), le plexus cardiaque (angine de poitrine).

4° *Les viscères.* — Le cœur (refoulement), l'œsophage (dysphagie), la trachée (dyspnée, respiration sifflante).

A cette période, le diagnostic est donc à faire avec les maladies que simulent un ou plusieurs de ces symptômes, par exemple :

Certaines affections du larynx : la phthisie laryngée, les polypes, le cancer, les crises laryngées du tabes, etc., etc.

Certaines affections du poumon : l'asthme nerveux, l'asthme cardiaque, l'emphysème pulmonaire, etc.

Certaines névralgies intercostales ou brachiales d'origine et de nature diverses.

DEUXIÈME CAS. — L'anévrysme se traduit alors par des signes qui sont :

A l'inspection. — La voussure localisée ou le soulèvement en masse de la paroi, les battements, l'expansion.

A la palpation. — Les pulsations succédant au choc de la pointe; les battements doubles, triples (François Franck ; le 3e battement n'est sensible qu'à l'anévrysmographe; les deux premiers sont systoliques); un double centre de battements; le thrill quelquefois.

A la percussion. — La matité; la limitation de la tumeur.

A l'auscultation. — Un souffle intermittent, coïncidant avec la systole cardiaque. Ce souffle est dû à la pénétration du sang dans le sac (inégalité de pression). Quelquefois il y a un second souffle, précoce, et dû aux valvules sigmoïdes qui, par leur occlusion, refoulent le sang dans le sac; ou bien il est tardif, et le plus souvent c'est un vrai souffle d'insuffisance aortique (François Franck.)

A cette période le diagnostic est à faire avec :

1° *Certaines maladies du cœur.* — Le rétrécissement aortique, l'insuffisance aortique et la dilatation aortique.

Ces deux dernières affections l'accompagnent d'ailleurs souvent.

2° *Certaines maladies du péricarde.* — Epanchements, adhérences, péricardo-médiastinistes calleuses, etc.

3° *Les maladies des gros vaisseaux.* — Les palpitations nerveuses de l'aorte, les anévrysmes du tronc brachio-céphalique, de la carotide gauche, de la sous-clavière gauche. C'est là un des points les plus importants du diagnostic.

4° *Les tumeurs du médiastin.* — L'anévrysme n'existant guère que chez les adultes et les vieillards, on n'aura guère à s'occuper de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse qui appartient surtout à l'enfant, mais il reste :

Les adénopathies cancéreuses, leucocythémiques. Les lymphadénomes. Puis encore, les abcès du médiastin, le sarcome du thymus, le cancer de l'œsophage, l'empyème pulsatile, les sarcomes du médiastin.

TROISIÈME CAS. — La tumeur est visible, évidente. Le diagnostic est facile; cependant il faut faire attention aux abcès ossifluents, aux cavernes pulmonaires faisant saillie à l'extérieur, au cancer du médiastin ayant détruit la paroi thoracique et animé de pulsations rythmiques ; autant d'affections qui sont susceptibles d'être confondues avec l'anévrysme aortique à cette période.

Enfin, il faut se rappeler qu'à l'une quelconque des périodes de l'anévrysme de la crosse, on peut se trouver en présence d'un malade hémiplégique, monoplégique, aphasique, etc.

On pourrait croire alors à une hémorrhagie ou à du ramollissement cérébral, ou à toutes les causes capables de déterminer le coma, alors qu'il s'agit d'une embolie partie du sac.

C'est dire qu'il faut ausculter avec soin le cœur et l'aorte de tout individu comateux.

Enfin, après avoir découvert l'existence d'un anévrysme de l'aorte, il faut avec soin déterminer son siège.

Siége-t-il dans la portion intrapéricardique ou extrapéricardique? Et s'il siège dans cette dernière portion, à quel point vis-à-vis de la naissance des gros vaisseaux?

Y. Z.

Le Directeur-Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame — *Téléphone.*

litres rempli d'une solution antiseptique faible (eau bouillie salée ou naphtolée à 0,20/1000), canule vaginale en verre avec second appareil laveur de deux litres au moins.

b. AIDES. — Trois aides sont indispensables: un pour l'anesthésie, deux à la vulve pour aider directement; un quatrième, préposé aux fils et aux instruments, sera d'une grande utilité.

c. SOINS PRÉLIMINAIRES. — La malade étant mise en position dorso-sacrée, on se rend d'abord compte des dimensions à donner à l'avivement:

1° *De haut en bas*: on amène le prolapsus apparent à ce qu'il doit être (à certains moments du moins), en réalité, par une traction légère exercée sur l'utérus avec une pince à abaissement, jusqu'à manifestation de la résistance de ses ligaments. Suivant que le vagin est ou non décollé de la surface du col et le prolapsus plus ou moins accentué, on laisse la pince sur le col ou bien on la reporte plus ou moins bas.

2° *De droite à gauche :* on détermine, après tâtonnements, les dimensions à donner à l'avivement, en jalonnant les bords de la future incision avec des pinces symétriquement placées: les pinces opposées, rapprochées jusqu'au contact, doivent donner le rétrécissement voulu, sans tendre trop fortement les tissus, sans quoi ceux-ci seraient sectionnés par les fils et se désuniraient. Cet accident est plus à craindre pour la colporraphie antérieure, qui supporte une partie de l'effort abdominal et la pression de la vessie distendue. Il faut veiller aussi à l'exacte symétrie des pinces-jalons et en augmenter au besoin le nombre, pour obtenir, par leur écartement, la tension nécessaire à l'incision correcte et prompte des contours de l'avivement.

d. AVIVEMENT. — L'incision délimitante doit être perpendiculaire à la muqueuse et comprendre toute son épaisseur. Une fois qu'elle est tracée, en totalité ou en partie, on détache le segment de muqueuse qu'elle circonscrit, soit par petits fragments, avec les ciseaux, soit en un ou plusieurs temps, par décollement.

Avivement aux ciseaux. — *L'avivement aux ciseaux courbes*, pouvant être très superficiel, ne détermine qu'une hémorrhagie capillaire; l'opérateur suit donc facilement les contours de l'incision première qui, d'ailleurs, s'offre plus complètement à l'œil que dans les manœuvres de décollement; de plus, il n'a point à craindre de pénétrer dans le rectum ou la vessie. Il en résulte une grande rapidité d'exécution, pour peu que l'instrument convienne et que la muqueuse soit bien tendue. Elle doit être détachée en bandelettes étroites et assez longues.

Un autre avantage de l'avivement superficiel aux ciseaux paraît être au premier abord, d'obtenir une cicatrice mieux doublée et qui s'opposera, par suite, plus efficacement, à l'inversion de la paroi vaginale. Mais en réalité, cette économie de tissus portant sur un derme muqueux plus ou moins décollé, ne fait que favoriser la récidive de la colpocèle.

L'avivement aux ciseaux expose, d'autre part, à l'inclusion d'îlots d'épithélium passés inaperçus et qui pourront nuire à la réunion ou devenir le point de départ de petits kystes, comme nous l'avons vu dans un cas. Pour éviter cet inconvénient, on veillera à ne pas abandonner tel segment en cours d'avivement sans être absolument sûr de l'avoir complètement dépouillé de sa muqueuse.

Avivement par décollement. — Ce procédé nous semble préférable au précédent. — On amorce le décollement avec le bistouri et la pince à griffes, puis, saisissant le lambeau par son extrémité avec une ou deux pinces à pression ou avec les doigts, on continue à le détacher avec la spatule ou l'index; on fouille les tissus, d'une part, dans la profondeur et, de l'autre, vers l'incision limitante qui n'est généralement pas assez profonde pour tomber sur le plan de clivage sous-muqueux; il faut donc compléter à ce niveau, d'un coup de ciseaux, le détachement du lambeau, pour transformer la poche du décollement en deux surfaces planes: surface à suturer et surface cruentée du lambeau. Il est bon de ne pas faire cette section au ras même du décollement, de façon à pouvoir reconstituer les colonnes vaginales et à faciliter l'affrontement.

Pour achever la séparation des tissus sur les bords de la poche, une paire de ciseaux fermés convient mieux encore que le doigt. Quand on a perdu le plan du clivage, ou bien, si les tissus sont trop friables, il faut se résigner à détacher la muqueuse au bistouri en ayant soin d'en diriger le tranchant vers le lambeau.

Si l'on opère vite, il n'est pas nécessaire d'employer des ligatures ni même la forcipressure pour faire l'hémostase. Du reste, l'hémorrhagie viendrait-elle à être trop abondante par suite du grand développement des plexus veineux, le mieux serait de procéder au décollement *par étapes* et de suturer au fur et à mesure.

e. SUTURE. — Nous préférons de beaucoup au surjet de catgut à étages qui peut donner des mécomptes, la suture à points séparés, au crin de Florence, moins sujet que la soie à s'infecter et à sectionner, par suite, les tissus.

La suture à points séparés comprend des fils profonds et des fils superficiels.

Les premiers doivent être placés à un centimètre d'intervalle et pénétrer la muqueuse à un demi-centimètre au moins de ses bords.

Il est de règle, après l'avivement par décollement, de faire cheminer l'aiguille dans la profondeur de la plaie jusqu'au voisinage de la ligne médiane et de lui faire parcourir, de l'autre côté, un trajet symétrique et en sens inverse. On a pour but, en procédant ainsi, d'éviter tout espace mort où puissent s'accumuler les liquides. Si l'avivement a été fait superficiellement aux ciseaux, cette précaution est inutile. Les fils profonds seront serrés tout juste assez pour assurer la coaptation. Pendant que l'opérateur noue les fils, les aides préviennent le recroquevillement des lèvres de la plaie, soit en les accrochant avec des tenaculums, soit en les soulevant avec une sonde cannelée ou les mors d'une pince longuette. Les fils superficiels ne doivent comprendre que les lèvres de la plaie et les traverser à très peu de distance de leurs bords. On obtient peut-être plus facilement la coaptation en ne serrant chaque fil profond qu'après avoir serré les deux superficiels situés l'un au-dessus et l'autre au-dessous. On évitera de trop multiplier les points de suture, dans la crainte du sphacèle.

Pendant toute la durée de l'opération, l'irrigation continue doit être prête à fonctionner. Il appartient aux aides de juger de son opportunité. Au cours de l'avivement aux ciseaux, il est peut-être préférable d'assécher le champ opé-

ratoire au moyen de tampons montés ; mais avant de serrer chaque fil profond, il faut irriguer.

f. Soins consécutifs. — Après la colporraphie antérieure, le cathétérisme de la vessie doit généralement être continué durant cinq ou six jours. Les pansements ne seront renouvelés que tous les quatre ou cinq jours, afin d'éviter, autant que possible, le tiraillement des fils ; ceux-ci peuvent être laissés en place jusqu'au quinzième jour, s'il s'agit de crins de Florence ; jusqu'au dixième jour seulement, si l'on a employé la soie. La malade peut se lever au commencement de la quatrième semaine, mais on ne la laissera pas sortir avant un mois.

Les détails qui précèdent nous permettent de décrire en peu de mots les divers procédés de la colporraphie et les particularités propres à ses localisations.

Quand on doit rétrécir le vagin à la fois en avant et en arrière, il est plus commode de commencer par la paroi antérieure.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Traitement de la variole.

Ce traitement doit être envisagé : 1° dans une variole moyenne ; 2° dans une variole compliquée.

1° *Traitement d'une variole moyenne.* — Le rôle de l'hygiène est prépondérant. Placez le malade dans une chambre vaste, bien aérée, bien ensoleillée. En cas d'épidémie de famille évitez de placer plusieurs varioleux dans la même chambre. Ils s'infecteraient les uns les autres.

La température de la chambre doit atteindre 18 à 19° au moment de la période d'éruption ; un peu plus tard elle peut tomber à 16°. Le chauffage sera fait par une cheminée qui aère et non par un poêle. Les fenêtres, en couvrant suffisamment le malade, devront être ouvertes plusieurs fois par jour. Exception sera faite à la période d'éruption et pour les froids très rigoureux.

Un varioleux légèrement atteint peut quitter le lit dès la fin de la première semaine. Sydenham ne manquait jamais de faire lever ses malades dès qu'ils le pouvaient plusieurs fois par jour et même de les faire sortir l'été.

Comme régime, au début, diète lactée exclusive ; le lait sera bouilli et bu tiède, un peu chaud même. Aux malades ne supportant pas le lait on donnera des laits de poule, du bouillon bien dégraissé, fait avec la viande très fraîche, sans os, des œufs très frais.

Les boissons tièdes utiles pour la sudation calment mal la soif. Celle-ci sera combattue par des lavages de la bouche avec une eau alcaline (Vals, Vichy), un peu d'orange, quelques grains de raisin dont le malade rejettera les pépins.

On assurera l'antisepsie intestinale : 1° en combattant la constipation par de grands lavements, des laxatifs légers ; 2° en donnant en cas de selles par trop fétides le mélange de Bouchard :

Naphtol β. . . . . } āā 0 gr. 20 cent.
Salicylate de bismuth . . }

Pour 1 cachet. 4 à 10 cachets par jour.

La diarrhée sera respectée sauf le cas de diarrhée profuse.

Enfin propreté extrême de la peau. Bain alcalin ou savonneux à 32° ou 34° au début pour nettoyer la peau et calmer les accidents nerveux. Les bains de sublimé sont inutiles, souvent dangereux.

L'éruption apparue, soins d'antisepsie extrême pour diminuer la suppuration et prévenir les cicatrices. Grands lavages de tout le corps, trois à quatre fois par jour, avec la solution boriquée tiède. Onction sur les pustules avec une pommade :

Vaseline. . . . . 20 grammes.
Acide salicylique . . . . 1 —

Véritables pansements à l'ouate ou à la gaze boriquées sur les points les plus confluents.

Pour l'éruption de la conjonctive, lotions boriquées, pansement avec

Vaseline. . . . . 5 grammes.
Précipité rouge. . . . . 0 gr. 05

Dans les cas graves, lotion avec la solution de sublimé au 3/1000° sans alcool.

Pour le nez, lavages boriqués, vaseline boriquée.

Pour la bouche et la gorge, irrigations et gargarismes soit avec la solution boriquée, soit avec la solution de chloral au 1/100°.

Comme traitement interne le perchlorure de fer (XX gouttes chaque jour dans un grog) suffit dans les varioles légères. Dans les varioles plus sévères on emploiera, outre le perchlorure de fer, la médication éthéro-opiacée de Du-castel. Le malade prendra chaque jour la potion suivante :

Potion de Todd . . . . 125 grammes.
Extrait théhaïque. . . . . 0 gr. 10 à 0 gr. 20

On fera de plus, chaque jour, à la fesse, en plein muscle, deux ou trois injections profondes d'une seringue de Pravaz d'éther. L'action de l'éther donné intérieurement reste insuffisante.

Traitement des varioles compliquées. — En cas d'accidents ataxoadynamiques résistant à la médication éthéro-opiacée, on emploierait sans hésiter les bains froids à 20° de cinq minutes de durée. Ces bains facilitent plutôt la sortie de l'éruption. Vinay en a souvent donné 6 à 8 par jour. Après chaque bain on réchauffe soigneusement le malade. Alcool à hautes doses surtout chez les alcooliques.

Dans la forme hémorrhagique insister sur, les injections d'éther, l'alcool, le quinquina. Inhalations d'oxygène, jus de citron, limonade sulfurique. Cette forme est particulièrement grave.

Comme complications des varioles graves, on songera principalement aux complications cardiaques (myocardite, endocardites, parésies cardiaques) et pulmonaires.

Contre les accidents cardiaques on emploiera surtout les moyens externes, révulsion sur le cœur, faradisation par le procédé de la main électrique. On insistera sur l'éther et on diminuera les doses d'opium dans la médication éthéro-opiacée. Inhalations d'oxygène. Injections sous-cutanées de caféine ou de spartéine.

1° Caféine . . . . } āā 2 gr. 50
Benzoate de soude. . . . . }
Eau q. s. pour 10 cc.

Une à quatre seringues de Pravaz, soit 0 gr. 25 à 1 gr. de caféine par jour.

2° Sulfate de spartéine . . . . . 0 gr. 50
Eau . . . . 10 gr.

Une à trois seringues de Pravaz, soit 0 gr. 05 à 0 gr. 15 de spartéine par jour.

Contre les accidents pulmonaires, ventouses sèches, alcool. Les bains froids seraient le meilleur traitement des dypnées graves du début.

Enfin on n'oubliera pas que la variole quand elle frappe les femmes enceintes, est très souvent suivie d'avortement et que l'infection puerpérale consécutive ne peut être évitée que par de minutieuses précautions antiseptiques.

Les sujets guéris de la variole présentent pendant de longues années une aptitude spéciale à contracter la tuberculose (Landouzy). Leur hygiène doit être minutieusement surveillée.

Dr A. F. Plicque.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 janvier 1894. — Présidence de M. Lacaze-Duthiers.

M. A. Gautier, au nom de M. Hugounenq, présente une note sur le **liquide de la périostite albumineuse**.

La périostite albumineuse décrite la première fois par Ollier a été le sujet d'études nombreuses qui n'ont encore point élucidé l'étiologie ni la nature de l'affection.

Les analyses que j'ai répétées dans deux cas récents m'ont donné les résultats suivants :

Le liquide est transparent, jaunâtre, très nettement alcalin, de densité généralement comprise entre 1.020 et 1.035. Il se prend en masse un peu au-dessous de 80°, ce qui est dû à la présence d'albuminoïdes en assez grande quantité.

Abandonné à l'air libre le liquide ne se putréfie pas, bien qu'il renferme, suivant M. Dor, des staphylocoques.

L'analyse immédiate démontre la présence, dans ce liquide, de deux matières protéiques, une nucléoalbumine se dédoublant par la pepsine, et de la sérine.

Un peu d'urée (0,02 0/0), quatre à cinq fois plus d'acide succinique s'y trouvent encore. Il n'y a ni leucine, ni tyrosine, ni acide urique, ni peptone. La graisse n'y est à peu près pas représentée, sauf dans quelques cas.

L'incinération du résidu fixe a donné des cendres où domine le chlorure de sodium et aussi, mais en quantité faible, de la chaux, de la potasse, du carbonate de soude, des acides sulfurique et phosphorique.

Le liquide de ces périostites offre tous les caractères de celui des hydarthroses et il est impossible de les distinguer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 janvier 1894. — Présidence de M. Laboulbène.

Traitement des empyèmes chroniques.

M. Delorme. — L'opération d'Estlander a été inventée dans le but de diminuer la grande cavité des vieux empyèmes en permettant à la paroi thoracique de venir au-devant du poumon rétracté.

Mais dans les cas où le poumon est emprisonné par une coque pseudo-membraneuse épaisse, j'ai eu l'idée de faire une opération différente. J'avais déposé à l'Académie un pli cacheté à ce sujet et ce n'est qu'il y a quelques jours que j'ai pu appliquer ce nouveau traitement.

Voici d'ailleurs l'histoire abrégée de mon malade et le mécanisme opératoire :

Il s'agit d'un jeune homme qui avait subi l'opération de l'empyème il y a quatre mois. A la suite de l'opération le soulagement du malade avait été notable, mais la plaie restait fistuleuse. la cavité ne se comblait pas et la cachexie augmentait chaque jour. Je fis un grand lambeau en volet à base postéro-interne comprenant les muscles, les côtes et espaces intercostaux. Ce lambeau rabattu, j'eus sous les yeux la cavité pathologique dont la surface couverte de granulations était constituée par une fausse membrane épaisse recouvrant le poumon et le péricarde sans qu'il fût possible de les distinguer.

La fausse membrane fut détachée et le poumon apparut : d'apparence il était sain et quand j'eus enlevé une surface de membrane large comme une paume, il vint faire saillie dans la cavité, je dus le repousser pour continuer la décortication et quand j'eus enlevé la membrane je pus voir le poumon fonctionner normalement et remplir toute la cavité.

Cette opération est simple, elle réduit le traumatisme à une fracture multiple de côtes et on peut espérer d'excellents résultats.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 janvier 1894. — Présidence de M. Chauveau.

De l'angiocholite et de la cholécystite colibacillaires.

MM. A. Gilbert et Dominici. — Le rôle du bacille d'Escherisch dans la production des suppurations biliaires, établi en 1890 par l'un de nous, en collaboration avec M. Girode, a été depuis vérifié par plusieurs observateurs.

Depuis un an, nous avons relevé trois nouveaux cas de suppuration des voies biliaires, imputable à l'action du colibacille.

Ainsi, ce colibacille ne se rencontre pas seulement dans les pièces d'autopsie chez les individus atteints d'infections biliaires, mais encore, il peut être constaté chez le vivant en dehors de tout autre organisme et la fréquence de sa constatation permet bien réellement de l'envisager comme le grand parasite des voies biliaires.

Action du bacille de Friedlander sur le lapin.

M. Roger. — On admet généralement que le pneumobacille n'est pas pathogène pour le lapin et on fait de ce caractère négatif un élément de diagnostic de premier ordre. Je viens d'observer des faits en contradiction avec cette idée généralement admise. Mes expériences ont été faites avec deux échantillons : l'un provenait d'un malade atteint d'aortite aiguë, l'autre m'a été remis par M. Netter. Inoculé dans le péritoine le pneumobacille a tué les lapins du deuxième au dixième jour. L'injection intra veineuse d'une culture très virulente déterminait une septicémie mortelle en vingt-quatre heures qui, à la nécropsie, montrait surtout des hémorrbagies et ecchymoses intestinales : les plaques de Peyer étaient infiltrées et saillantes. Avec une culture moins active, la maladie est subaiguë, il a alors de la néphrite et de l'albuminurie. La mort arrive en sept à neuf jours. Ces résultats rappellent ceux qu'on obtient avec le colibacille, sans que je prétende conclure à l'identité. Mais je crois qu'on a tort d'admettre que le pneumobacille est inoffensif pour le lapin et je suis persuadé qu'un grand nombre de bacilles encapsulés décrits comme des espèces spéciales ne représentent que de simples variétés du pneumobacille.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 18 janvier 1894. — Présidence de M. Besnier.

Elections.

1 *Président honoraire*............	Rollet, de Lyon.
3 *Vice-présidents*.................	Fournier. Mauriac. Doyon, de Lyon.
2 *Membres du Comité de direction.*	Tenneson. Brocq.

M. Du Castel présente un cas rare de **lymphangite syphilitique de la vulve.**

MM. Hallopeau et Brodier présentent un malade atteint de **dermatite herpétiforme végétante.** Ils tirent de son histoire les conclusions suivantes : 1° la plupart des éruptions bulleuses peuvent amener le développement de saillies végétantes ; 2° le processus auquel est due la production de la bulle amène, plus souvent que l'inflammation vésiculeuse, la prolifération du corps papillaire ; 3° dans la dermatite herpétiforme, les saillies végétantes peuvent être généralisées ; elles prédominent dans le voisinage des plis articulaires ; 4° elles n'ont qu'une durée passagère et disparaissent au bout de quelques semaines sans laisser d'autres traces que des macules ; 5° les bulles qui leur donnent naissance se produisent par poussées généralisées et non par auto-inoculation ; le traitement local est sans action sur elles et ne peut en aucune mesure en enrayer la propagation ; elles diffèrent ainsi essentiellement des vésico-pustules par lesquelles progresse la maladie décrite par M. Ballopeau sous le nom de dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique.

M. Louis Wickham décrit une **ulcération buccale tabétique** dont il donne les principaux caractères différentiels. (*Ce travail sera l'objet d'une analyse dans cette feuille.*)

M. Gastou a observé deux cas de l'affection linguale décrite par M. le prof. Fournier sous le nom de *glossite exfoliatrice marginée* chez des enfants présentant des antécédents syphilitiques héréditaires certains. Cette affection est de nature inconnue ; mais il est remarquable qu'on peut noter fréquemment quelque histoire syphilitique à propos des malades porteurs de cette glossite. M. Gastou pense donc que tout en réservant à l'affection la possibilité d'une pathogénie toute spéciale, la syphilis peut être incriminée comme terrain très favorable et qu'en conséquence cette glossite pourrait être rangée bien près des affections que M. le prof. Fournier englobe sous le nom de *parasyphilitiques*.

M. L. Brocq fait une intéressante communication sur le **Prurigo simple et sa série morbide.** (*Ce travail fera l'objet d'une analyse spéciale.*)

M. Delobel (de Noyon) rapporte le cas d'un *ulcère syphilitique de l'avant-bras datant de quatre ans.*

M. Sabouraud continue la série de ses communications sur les teignes, par une note intitulée « **Trois points de l'histoire micrographique des trichophytons** », dont voici le résumé : en étudiant la bibliographie du trichophyton, l'auteur s'est aperçu que la différenciation microscopique des trois types trichophytiques, différenciation dont il a entretenu la Société de dermatologie à diverses reprises, avait été faite il y a cinquante ans déjà.

Il doit, avant tout autre, rendre justice au premier observateur qui a droit à sa découverte.

I. — En 1842, M. Gruby a décrit dans un mémoire à l'Académie des sciences, le parasite des tricophyties de la barbe, celui que nous savons maintenant avoir une origine animale Et il lui a donné très précisément les caractères que l'auteur lui a attribués ; à savoir sa *localisation entre le poil et sa gaine folliculaire.*

II. — Le second mémoire de Gruby (1843) a pour titre : Recherches sur la nature du *porrigo decalvans* ; c'est la description du parasite que M. Sabouraud a appelé *trichophyton microsporon* et qu'il faut appeler désormais : *trichophyton microsporon audouini.* Ses caractères spéciaux, la petitesse de ses spores, leur juxtaposition sans ordre régulier, la gaine qu'elles constituent autour du cheveu malade, la progression du parasite de haut en bas, sont décrits avec une admirable précision. Malheureusement ce mémoire portait le nom de Porrigo decalvans réservé jusque-là à la *pelade*. Or dans la pelade on n'a jamais retrouvé le parasite décrit. C'est qu'il ne s'agissait pas de pelade.

III. — Le troisième mémoire de Gruby (1844) décrit le parasite que M. Sabouraud a nommé le *trichophyton megalosporon.* Il décrit ses spores grosses, « articulées en chapelet, contenues dans l'intérieur du cheveu, ayant une direction ascendante, l'inverse de celle du microsporon audoüini, etc. »

Et ce dernier mémoire résume en quelques lignes admirablement brèves et précises, les caractères des trois parasites trichophytons que la culture a permis à M. Sabouraud de différencier ces années dernières.

La séparation des trois trichophytons :

T. megalosporon endothrix (origine humaine) ;
T. megalosporon ectothrix (origine animale) ;
T. microsporon audouini (tondantes rebelles de l'enfant), doit donc être reportée à son premier auteur, M. Gruby.

La vérification que M. Sabouraud a apportée sans le savoir, l'identité des résultats du premier observateur et des siens semblent consacrer définitivement cette séparation de la trichophytie en trois entités morbides distinctes.

Louis Wickham.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 janvier 1894. — Présidence de M. Lucas Championnière.

Au début de la séance M. Périer adresse ses remerciements à ses collègues et invite M. Lucas-Championnière à venir prendre possession du fauteuil présidentiel.

M. Lucas-Championnière. — Après quelques mots à ses collègues qui ont voulu lui marquer que son rôle de novateur avait l'appui de tous, fait l'éloge de M. Périer.

Etranglement herniaire ; sphacèle intestinal ; nouveau traitement.

M. Monod lit une note de M. Piéchaud dont voici le résumé :

Au cours d'une opération d'étranglement herniaire on trouve deux petites plaques de gangrène. Va-t-on établir un anus contre nature ou faire une entérorrhaphie ?

Dans un cas analogue M. Piéchaud eut l'idée d'appliquer un traitement nouveau inventé par M. Martinet (de Sainte-Foy-la-Grande). Cette méthode consiste à repousser, à invaginer la partie sphacélée du côté de la cavité intestinale avec une sonde cannelée et de suturer autour d'elle les tuniques intestinales, de sorte que, lors de l'élimination, celle-ci se fera par la voie intestinale sans perforation, puisque la suture aura été faite au-dessus et en collerette.

Le résultat, dans le cas de M. Piéchaud, fut très beau. Le malade eut sa plaie réunie par première intention sans drainage.

Nephrolithotomie ; hémostase dans les opérations rénales.

M. Tuffier. — J'ai présenté dernièrement à la Société un malade qui avait subi une néphrolithotomie. Je désire aujourd'hui vous entretenir et du malade et de l'opération.

Le sujet de mon observation avait des calculs rénaux depuis 35 ans ; il a commencé de souffrir à 7 ans Jamais il n'a expulsé de calculs. Quelquefois il avait des hématuries. Les crises restaient rares jusqu'en juin dernier. A ce moment, les crises se répétaient tous les trois ou cinq jours. Je le vis au mois d'août et j'instituai un traitement médical qui n'a certainement déterminé aucun changement.

En novembre, je me décide à l'opérer. Je fais l'incision lombaire de 14 centimètres de long et quand j'eus pénétré dans la loge du rein, je sentis facilement des calculs dans la moitié inférieure ; ces calculs frottaient les uns sur les autres. Le rein complètement dénudé, je sentis au niveau du hile, un calcul partiellement engagé dans l'uretère. Avant d'inciser le rein, je fais faire l'hémostase provisoire par un aide, hémostase digitale. Je retire plusieurs calculs, dont deux branches, je puis inciser le rein dans toutes les directions suivant qu'il en est besoin, sans que le sang vienne gêner en rien mon intervention. Je ferme la plaie rénale en réunissant les deux valves par des points séparés qui font l'hémostase définitive et à ce moment seulement, je fais cesser la compression digitale sur l'artère rénale au hile.

A propos de cette opération, permettez-moi de vous dire un mot

de l'hémostase. L'hémostase bien faite simplifie beaucoup les interventions sur le rein. Il y a trois sortes d'hémostases : l'hémostase temporaire qu'on produit par une compression légère et prolongée de la main ; l'hémostase préventive, celle-là peut se faire avec les doigts ou avec des pinces garnies de caoutchouc. Pour qu'elle soit applicable, il faut que le rein soit dénudé, les doigts ou les pinces contournent l'extrémité inférieure du rein pour gagner le hile. Si on fait la compression digitale on introduit l'index et le médius qui prendront entre eux l'artère et la compriment. Les pinces, qu'on ne peut employer s'il y a des calculs dans l'uretère puisque ceux ci laisseraient les mors écartés sont généralement garnies de caoutchouc. Elles ont des formes arquées et en S.

L'hémostase préventive est excellente et peut être maintenue une demi heure sans danger pour le rein.

L'hémostase définitive, elle, est réalisée par la fermeture du rein, l'adaptation des deux valves rénales et la suture bien établie. La preuve la meilleure de ce que j'avance se trouve dans ce fait qu'on ne constate pas d'hématurie après l'opération.

Intervention dans les fractures du crâne par balles de revolver.

M. Berger. A propos de la communication faite par M. Chupin et analysée par M. Chauvel, je viens vous apporter quelques faits qui ne sont pas en faveur de la trépanation obligatoire que semble admettre M. Gérard-Marchant.

J'ai eu, pour ma part, trois cas de guérison parfaite sans intervention alors que les sujets avaient présenté des troubles marqués, de l'aphasie et même une perte notable de substance cérébrale.

D'ailleurs je n'ai jamais vu, dans les traumatismes craniens par balles de revolver des accidents graves survenir après la disparition des accidents du début.

A mon avis le fait de la pénétration de la balle n'implique pas que nous la devions chercher. De plus les esquilles faites par les balles des revolvers du commerce ne compriment pas le cerveau. La balle est d'ailleurs le plus souvent aseptique.

On ne doit donc intervenir par la trépanation que lorsque celle-ci trouvera une de ses indications habituelles.

Suite de la discussion sur le **Traitement du prolapsus pelvien.**

M. Le Dentu. — Les deux observations, que je viens rapporter, vont contribuer pour leur petite part à éclairer la question du traitement du prolapsus.

Le 7 mars 1892, je fis une hystérectomie chez une femme de 39 ans pour remédier d'un seul coup à une procidence utérine, à la cystocèle, à la rectocèle. Au cours de l'opération, malgré de grandes précautions je blessai la vessie : elle fut suturée mais il resta une fistulette vaginale autour de laquelle la paroi s'épaissit et aida au maintien du vagin pendant quelque temps.

Actuellement l'état est encore assez bon, la cystocèle et la rectocèle se reproduisent en partie et d'ici peu de temps tout sera comme avant l'opération, moins la chute utérine.

Ma seconde opérée avait 52 ans. Outre son prolapsus total elle avait des fibromes utérins, ce qui me décida à faire l'hystérectomie.

L'opération fut un peu contrariée par des hémorrhagies abondantes. Après l'opération la malade présenta de l'incontinence d'urine, de la diarrhée, mais guérit. Depuis, toute la procidence s'est reproduite.

En face de ces deux cas, je vous en mets deux autres, où, au lieu de l'hystérectomie totale, je n'ai fait que l'amputation sus-vaginale du col : Les résultats sont identiques.

Aussi, adopterai-je les conclusions que voici :

L'hystérectomie vaginale totale est insuffisante par elle seule à guérir le prolapsus ; la récidive arrive en quelques semaines.

L'amputation du col avec curettage dans les cas de métrite a les mêmes avantages.

L'hystérectomie vaginale est contre-indiquée avant la ménopause à moins de lésions concomitantes des annexes (des deux côtés) ou de l'utérus (fibromes).

Le traitement qui me semble préférable serait la gradation commençant par l'amputation du col pour finir par les opérations anaplastiques.

Les femmes à petit utérus ne subiraient pas l'amputation.

Les femmes âgées subiraient l'amputation, et on emploierait pour elles ensuite, les moyens de contention divers dus à l'imagination des fabricants.

M. Reynier. — Je ne parlerai ici que du prolapsus vrai utérin et laisserai de côté la cystocèle et la rectocèle qui, ayant une pathogénie différente ont aussi une thérapeutique à part.

J'ai renoncé aux pessaires, sauf chez les femmes âgées et mal portantes où j'emploie les pessaires de caoutchouc comme celui de Gariel.

J'interviens dans tout prolapsus, car je suis d'avis que les opérations deviennent de plus en plus bénignes.

Suivant l'âge je préconise deux opérations : l'hystéropexie chez les femmes jeunes et adultes l'hystérectomie après la ménopause ; dans les deux cas je fais la colpopérinéorrhaphie.

J'ai fait 8 hystérectomies et 4 hystéropexies.

J'ai eu des résultats encourageants, surtout depuis que je joins à mes hystéropexies de larges colpopérinéorrhaphies dans la même séance. Pour ces hystérectomies j'attends vingt-cinq jours.

M. A. Darier présente une malade anciennement atteinte d'un **volumineux lymphadénome du cou** qu'il est parvenu à faire presque complètement disparaître par des injections interstitielles de chlorure de zinc à 1/10 selon les préceptes du Dr Lannelongue.

Ces injections, pratiquées tous les quinze jours ou tous les mois, suivant l'intensité de la réaction, ont été faites une vingtaine de fois en dix-huit mois. Chaque fois, une goutte ou une demi goutte de la solution, était injectée en cinq ou six points différents de la masse ganglionnaire.

La guérison ne saurait être attribuée au traitement général concomitant (iode, iodoforme, créosote, etc.), puisque les autres tumeurs non injectées n'ont subi aucune amélioration, au contraire.

R. Marmasse.

LES LIVRES

John Bale et Sons, 87,89 great litchfield street Oxford, St. tr. London.

The healing of rodent cancer by electricity, by J. Inglis-Parsons. M. D.

Librairie L. Battaille et Cie, 23, place de l'Ecole de médecine.

Leçons de clinique médicale, 2e volume. par le Dr Lancereaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu. — Prix du volume : 10 francs.

Ce volume est principalement consacré à l'étude des affections des artères, du cou et des reins. L'auteur montre que c'est en s'appuyant sur ses connaissances anatomiques, physiologiques et chimiques préalablement acquises, que le médecin parvient à déterminer le siège et les conditions morbides des éléments et des tissus affectés, ce qui lui permet, la plupart du temps, de remonter à la source du mal et d'en prévoir la marche et l'issue. Alors seulement il est à même de formuler des indications thérapeutiques rationnelles et utiles et d'employer des moyens qui doivent être uniques ou peu nombreux.

Eminemment intéressant et utile, ce livre trouvera sans nul doute le succès qu'il mérite auprès de tous les médecins, cliniciens et autres.

Manuel de technique microscopique,

par Bohm et Oppel. — Prix du volume : 3 fr. 50.

C'est un petit livre éminemment pratique, et, de plus, au courant du dernier mot de la technique microscopique moderne.

Les auteurs se sont surtout attachés à exposer les méthodes que l'on doit suivre pour faire une préparation en énumérant avec soin la série des manipulations que doit subir un tissu avant être porté sur la platine du microscope. A recommander aux étudiants en médecine comme guide dans leurs travaux pratiques.

N. B. — Dorénavant, la *Gazette médicale* annoncera ou analysera les seuls ouvrages qui auront été envoyés en double à l'administration du journal, 28, rue Vignon.

AVIS AUX LECTEURS

L'administration de la **Gazette médicale** fait savoir aux lecteurs du journal et aux bibliothèques qu'elle tient à leur disposition la collection complète des anciens numéros de la **Gazette médicale** à raison de *deux francs* le volume. Ils sont également mis en vente par année et au même prix.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 29 JANVIER AU 3 FÉVRIER 1894.

A. — EXAMENS.

LUNDI 29. — *Physiologie.* MM. Fournier, Ch. Richet, Retterer. — *Médecine légale et Thérapeutique.* MM. Strauss, Landouzy, Chauffard. — *Censeur et suppléant.* MD. Farabeuf, André.

MARDI 30. — *Pathologie interne.* MM. Cornil, Dehove, Chantemesse. — *Censeur et suppléant.* MM. Mathias Duval, Roger. — *Clinique chirurgicale* (Charité). MM. Guyon, Le Dentu, Albarran. — *Clinique médicale* (Charité). MM. Proust, Marfan, Letulle. — *Censeur et suppléants.* MM. Panas, Ménétrier.

JEUDI 1er MARS. — *Médecine opératoire.* MM. Duplay, Nélaton, Poirier. — *Pathologie interne.* MM. G. Sée, Chantemesse, Letulle. — *Médecine légale et thérapeutique.* MM. Cornil, Ballet, Gilbert. — *Censeur et suppléant.* MM Guyon, Schwartz.

VENDREDI 2. — *Clinique médicale* (Charité). MM. Potain, Bussaud, Marie. — *Clinique médicale* (Charité, 2e série) MM. Landouzy, Chauffard, Gautier. — *Censeur et suppléant.* MM. Hayem, Tuffier. — *Clinique obstétricale* (Baudelocque). — MM. Pinard, Rihemont, Varnier. — *Suppléant.* M. Lejars.

SAMEDI 3. — *Physiologie.* MM. Mathias Duval, Gley, Roger. — *Censeur et suppléant.* MM, Panas, Quénu. — *Clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu). MM. Duplay, Brun, Albarran. — *Clinique médicale* (Hôtel-Dieu). MM. Laboulbène, MM. Joffroy, Letulle. — *Censeur et suppléant.* MM. Debove, Chantemesse. — *Clinique obstétricale* (rue d'Assas). MM. Tarnier, Maygrier, Bar. — *Censeur.* M. Le Dentu.

B. — THÈSES.

MERCREDI 31. — *M. Cautru* : De l'emploi des agents physiques et en particulier du massage dans le traitement des dyspepsies. — Massage de l'estomac dans ses rapports avec le chimisme stomacal. — MM. Hayem, Strauss, Dejerine, Netter.

M. Laffoley : De l'hypertrophie simple des glandes parotides. — MM. Strauss, Hayem, Dejerine, Netter.

M. Desrosiers : Rupture des voies biliaires par contusion de l'abdomen — MM. Tillaux, Terrier, Lejars, Tuffier.

M. Le Roux : Etude sur les calculs de l'urèthre. — MM. Tillaux, Terrier, Lejars. Tuffier.

M. Blaise : Canal inguinal chez l'adulte. Cure radicale de la hernie inguinale. (Procédé de M. Paul Berger.) — MM. Terrier, Tillaux, Lejars, Tuffier. — *Censeur et suppléant.* MM. Joffroy, Sebileau.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Concours d'agrégation.

Le conseil de la Faculté de médecine a proposé, dans une de ses dernières séances la création d'une agrégation de dermatologie et maladies vénériennes et d'une agrégation d'ophtalmologie à la Faculté.

Ecole du service de santé militaire.

Nominations. — Ont été nommés à l'emploi de répétiteurs à l'école du service de santé militaire, les médecins-majors de 2e classe dont les noms suivent : MM. Sieur, surveillant à l'école du service de santé militaire (anatomie normale et pathologique); Boisson, du 72e d'infanterie (pathologie interne et clinique médicale); Riblanc, surveillant à l'école d'application de médecine militaire (pathologie externe et clinique chirurgicale); Février, du 153e régiment d'infanterie (matière médicale, thérapeutique, hygiène et médecine légale).

Société d'anatomie de Paris.

Voici la constitution du bureau de la Société anatomique pour l'année 1894, président, M. le Dr Cornil; vice-présidents, MM. Achard et Chaput; secrétaires, MM. Legry et Pothier; archiviste, M. Dagron; trésorier, M. Martin Durr.

Congrès allemand de chirurgie.

Le Congrès allemand annuel de chirurgie se tiendra à Berlin du 18 au 21 avril prochain.

Hommage à M. Pasteur.

L'Association des étudiants a offert à M. Pasteur, en l'honneur de son 71e anniversaire, un exemplaire en argent grand module de la médaille, dont une épreuve en or a été remise à l'amiral Avellan au mois d'octobre dernier. La médaille porte la dédicace suivante de l'association : « A Pasteur, son président d'honneur, 27 décembre 1893. »

Hôpital Saint-Louis.

M. le Dr Hallopeau a repris ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques le dimanche 21 janvier à 9 heures 1/2 du matin, dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Monument à élever à la mémoire de J. M. Charcot.

1re *liste de la « Gazette médicale ».*

M. le Dr de Ranse.............. 20 francs.

Distinctions honorifiques.

Légion d'honneur. — Sont nommés *Chevaliers* : M. Fumouze, membre de la chambre de commerce de Paris, docteur en médecine, président du syndicat des pharmaciens de la Seine ; M. le Dr Augros, médecin adjoint à la maison d'éducation des Loges; M. le Dr Charles Guyon, membre du Conseil général des Vosges, maire de Remiremont.

Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. Sicard, médecin des hôpitaux de Béziers ; Sandras, médecin du lycée d'Oran ; les Drs Delthil, J.-D. Feltz, Jamin, Même (Paris) ; M. le Dr Longet, directeur du service médical de l'établissement thermal de Vichy ; le Dr Neumann, médecin à Paris ; M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, MM. les Drs Lepagnole, médecin à Besançon ; le Dr Benoît (Paris); le Dr Blanc (Gap); Durand-Desnoux (Melun); Gelly (Bar-le-Duc); Joyeux (Miremont); Mergont (Dijon).

Sont nommés *Officiers de l'Académie* : MM. les Drs Allol (du Puy); Astier (de Paris); Baudot, médecin-major de première classe ; Bénard et Berbez (de Paris) ; Biaute (de Nantes); Cailleux (d'Amiens) ; Carlier, médecin-major ; Caubet (de Paris) ; Chabaud (de Jonjac), Christy, médecin-major de deuxième classe ; Collinot (de Coulonges-sur-Yonne); Cotoni (d'Oisse) ; Darget (d'Orthez) ; Deffaux et Delineau (de Paris) ; Durand (de Nemours); Edouard (de Châtillon-les-Dombes); Faure (de Saint-Emilion); Gaillard (du Creusot ; Garnier (de Fouvent-le-Haut) ; Gautier, G.-F.-R. (de Paris) ; Geminel (de Ligny-en-Barrois) ; Gendre (de Toulouse); Gerhault, médecin-major de première classe ; Grellet (de Birmandres) ; Hamaide (de Fumay); Houette (de Chartres) ; Kaddour-hen-Ahmed, médecin en chef de l'hôpital Sadiki ; Laffon (de Saint-Cernin-de-Larche) ; Laissus (de Moutiers); Laurent (de Magesq) ; Laurent, Le Juge de Segrais et Le Noir (de Paris) ; Linarès (de Lineul) ; Ladroitte (de Brunoy); Langlehert et Maestrati (de Paris) ; Martin (du Chesné) ; Mercier, médecin-major; Moulinier (d'Excideuil) ; Petitfour (de Ferrières) ; Rouillard (de la Charité) ; notre collaborateur et ami, L.-R. Regnier (de Paris) ; Riche (de Jeumont) ; Rohin (de Reims) ; Roland (de Laforce) ; Rouffiay, médecin principal de 2e classe ; Rougeot (de Paris); Rousseau (de Cernoy); Simon (de Quarre-les-Tombes) ; Toledano (de Paris); Tourangin des Brissards (de Saint-Maurice) ; Valette (de Montréal-de-l'Aude) ; Wihaille (de Préseau) ; Zucarelli (de Corte).

Nécrologie.

M. le Dr Bougot (de Rennes). — M. le Dr Braconnot, ancien médecin de la marine. — M. le Dr J.-R. Nivard, médecin en chef des colonies. — M. le Dr Bonnichon (Armand), de Saint-Amand (Cher). — M. le Dr Vincent, de Valence. — M. le Dr Heider, privat-docent d'hygiène, à la Faculté de médecine de Vienne. — M. R. Bentley, professeur de botanique à King's College.— M. le Dr Bartol. — M. le Dr Buffré, à Liffré (Ille-et-Vilaine). — M. le Dr Campanas de Montaris. — M. Louis Le Maguet, ancien député du Morbihan. — M. Raoul Vallet, interne en pharmacie à l'hôpital Beaujon. — M. le Dr Charles Edward, de Paris.

Chemin de fer d'Orléans. — *Voyages dans les Pyrénées.* — La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des billets d'excursion comprenant les trois itinéraires ci-après, permettant de visiter le centre de la France et les stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne.

1er Itinéraire : Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjeau, Bagnères-de-Luchon, Pierrefitte-Nestalas, Pau, Bayonne, Bordeaux, Paris.

65e Année. 9e Série. Tome I — N 5 — 3 février 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL COCHIN. — M. LE Dr QUÉNU

Traitement des hémorrhoïdes.

I

Le traitement des hémorrhoïdes ne consiste pas toujours à les opérer ; à ce compte, l'humanité tout entière serait justiciable de l'intervention chirurgicale. A un an, les enfants ont déjà des dilatations hémorrhoïdaires ; à 25 ans, tous les adultes ont des ampoules veineuses du rectum plus ou moins prononcées. La présence d'un bourrelet hémorrhoïdal ne suffit même pas à rendre une opération légitime ; l'action chirurgicale n'est indiquée que pour les malades qui sont gênés, qui souffrent ou qui courent quelque risque.

Voici un malade avec des hémorrhoïdes internes ; après chaque défécation, il y a procidence des varices ; la réduction est d'abord facile, puis elle ne s'obtient plus tard qu'au prix d'efforts, de douleurs, d'hémorrhagies. Voilà une infirmité : opérez.

Voici un autre malade ; il n'y a pas seulement procidence, mais encore turgescence des hémorrhoïdes ; cette turgescence dure, sans phénomènes inflammatoires bien prononcés, deux ou trois jours ; c'est la crise ou fluxion hémorrhoïdaire, l'infection légère des varices par les microorganismes du rectum, une forme atténuée de phlébite. Voilà un danger ; opérez encore.

Voici, maintenant, un malade fissuraire. Sur les hémorrhoïdes, en effet, se produisent des éraillures avec la plus grande facilité ; les douleurs sont insupportables ; chaque défécation est la cause d'une crise de souffrances souvent atroces. Opérez aussi.

Enfin, voici un dernier malade qui a des hémorrhagies anales. Quelquefois ce sont des suintements peu abondants produits par le passage du bol fécal sur des hémorrhoïdes capillaires, framboisées, véritables transformations angiomateuses de la muqueuse ; ailleurs, ce sont de vraies pertes de sang plus ou moins considérables, produites par la rupture d'une varice bien venues d'un ulcère variqueux du rectum. Dans tous ces cas, opérez encore. La répétition de l'hémorrhagie, si peu importante que soit la quantité de sang perdu, constitue un danger.

Il y a donc deux sortes d'hémorrhoïdes, celles que vous devrez ne pas opérer, et celles que vous devrez opérer.

Soignez les premières en faisant l'hygiène du rectum. Faire l'hygiène du rectum, cela veut dire : 1° assurer les défécations régulières. Gardez-vous, autant que possible, des purgatifs. L'exercice, la gymnastique des parois abdominales ont une grande importance ; défendez l'alcool, les vins généreux, les aliments faisandés et épicés. 2° préserver l'organe contre toute infection née sur place ou venue du dehors. Contre l'ennemi renfermé dans la place (microorganismes de l'intestin) luttez par des soins de propreté, des lavages de l'anus, des lavements boriqués ; recommandez qu'on fasse un choix judicieux des papiers et des serviettes ; cette hygiène du rectum est indispensable ; les médecins anglais y attachent, en général, beaucoup plus d'importance que nous et ils ont raison. Surveillez aussi l'ennemi du voisinage, les furoncles de la fesse, les écoulements vaginaux, les plaques muqueuses.

II

Restent maintenant les hémorrhoïdes que vous devrez opérer.

N'attendez pas de moi que je passe en revue devant vous toutes les méthodes proposées ; je vous parlerai seulement des principales. Les unes tendent à rétablir le cours du sang dans les veines hémorrhoïdales ; les autres détruisent les varices.

En tête des premières se place la *dilatation forcée* de l'anus. Vous savez sur quels faits d'anatomie et de physiologie repose cette opération. Pendant les efforts de la défécation, les veines hémorrhoïdales moyennes seraient comprimées entre les fibres du sphincter externe au milieu desquelles elles passent, au dire de Duret ; de là, arrêt de la circulation en retour et stase sanguine dans l'anus. La dilatation, qui produit la rupture des fibres sphinctériennes, supprimerait donc l'obstacle au cours du sang dans le système des veines hémorrhoïdales. J'ai montré que cette conception thérapeutique reposait sur une erreur d'observation et vous connaissez le résultat de mes recherches sur l'anatomie des vaisseaux du rectum. La dilatation ne peut agir, à mon sens, que contre la contracture du sphincter ; elle est incapable, et pour cause, de rien changer aux conditions de la circulation anale.

A ce compte, je lui préfère le massage rythmé de l'anus, sorte de dilatation progressive qu'on obtient par l'introduction des bougies dont le calibre est gradué suivant une pro-

portion régulière. Ce procédé, que Récamier avait déjà préconisé, est remis en honneur de nos jours; je n'en suis pas, en principe, l'ennemi; je crois qu'il peut rendre des services chez l'enfant, ou encore chez les adultes porteurs de petites varices hémorrhoïdales. Je crois surtout que cette pratique est recommandable en tant que méthode préliminaire d'une opération plus complète. Au reste, les plus chauds partisans de la dilatation, le professeur Verneuil et son école, Reclus en tête, ne pensent pas autrement que moi; la dilatation ne donne qu'une guérison temporaire; il faut souvent la recommencer plusieurs fois; je vous le répète, il y a bien mieux à faire.

Parmi les opérations qui s'adressent directement aux hémorrhoïdes et qui sont vraiment des opérations radicales, la plus ancienne méthode est l'*excision*. C'est elle qu'employait Dupuytren et que les chirurgiens anglais ont tirée de l'oubli dans lequel elle était tombée. C'est elle aussi que j'adopte et que je veux défendre devant vous. Elle est applicable aux hémorrhoïdes internes et aux hémorrhoïdes externes; je parle, bien entendu, des hémorrhoïdes sans complications. Pour les hémorrhoïdes externes, l'opération est élémentaire; un simple petit coup de ciseaux sur la dilatation variqueuse après injection de cocaïne; deux points de suture, et c'est tout. Pour les hémorrhoïdes internes, la chose est plus compliquée; celles-ci forment, en effet, un bourrelet circulaire, et si on pratique, pour les détruire, l'excision annulaire, la formation du tissu de cicatrice produit un rétrécissement du conduit anal. Aussi, les chirurgiens ont-ils toujours pris le soin de ne faire qu'une exérèse partielle. Dupuytren donnait un coup de ciseaux sur la partie la plus saillante de la tumeur, puis introduisait le fer rouge dans le rectum pour cautériser la surface saignante. Mais il y avait malgré cela des hémorrhagies; souvent, quelques jours après l'intervention, survenaient des accidents septiques et la phlébite grave n'était pas rare.

C'est alors qu'on a cherché à remplacer l'ablation au bistouri par d'autres procédés; les chirurgiens imputaient à la méthode les déplorables résultats qui ne tenaient qu'à leurs funestes habitudes. La *cautérisation* par le fer rouge ou par les caustiques et l'exérèse par l'*écraseur* de Chassaignac ont eu, tour à tour, leur jour de faveur. Mais tous ces procédés sont aujourd'hui tombés en désuétude; trois seuls sont dignes de figurer dans la thérapeutique: 1° l'ablation avec l'instrument tranchant, 2° la ligature élastique, 3° la volatilisation, inventée par le prof. Richet.

A.— Tous les chirurgiens qui enlèvent les hémorrhoïdes avec le bistouri ou les ciseaux imitent plus ou moins le procédé du chirurgien anglais Witehead. Le voici:

Votre malade a été préparé; vous lui avez fait suivre le régime lacté pendant huit jours avant l'opération et vous avez assuré l'antisepsie de son intestin par le bétol ou le naphtol; vous lui avez ordonné de grandes irrigations boriquées du rectum. L'avant-veille de l'opération, vous l'avez purgé, et la veille, vous lui avez fait prendre un grand lavement.

Le patient est placé dans la position de la taille périnéale; on commence par dilater l'anus, puis l'on incise les téguments à l'union de la peau et de la muqueuse du rectum; l'incision porte sur la demi circonférence droite seulement ou bien sur la demi-circonférence gauche; on dissèque rapidement la face externe de la muqueuse et l'on continue ce travail de séparation jusqu'au point où la muqueuse rectale présente un aspect normal. Cela fait, on a sous les yeux tout le segment de la muqueuse qui est couvert de varices: cette muqueuse violacée forme une sorte de demi-cylindre qui est complètement libéré sur sa face externe et ne tient plus que par sa continuité avec le rectum; on a, en somme, pédiculisé un des flancs du conduit anal, et il ne reste plus, après excision de toute la portion malade, qu'à suturer la muqueuse rectale, abaissée par traction, avec la ligne de section de la peau. Mais pour faire cette suture commodément, il ne faut pas trancher d'un coup tout le demi-cylindre, car la partie non coupée du lambeau flottant sert de moyen de traction et permet de mieux affronter les deux surfaces cruentées. Je vous recommande donc de pratiquer une série de petites sections au fur et à mesure que vous introduirez un nouveau fil de sutura.

On opère pour le second côté comme on a opéré pour le premier, et il ne reste plus alors qu'à panser le malade et à le maintenir constipé pendant huit ou dix jours.

Ce procédé est très bon; je l'emploie chaque fois que la muqueuse me paraît très altérée, en particulier quand elle a subi la transformation caverneuse; mais il a un inconvénient; dans un assez grand nombre de cas, en effet, il arrive que certains points de suture déchirent la muqueuse, par suite de la traction qu'ils exercent sur elle, surtout si l'on a été obligé de faire l'incision très haut; alors se produisent des ulcérations qui retardent la guérison et font souffrir le patient. C'est pour cette raison que j'ai modifié l'opération de Witehead; en vérité, mon procédé ne diffère pas sensiblement, dans ses grandes lignes, de celui du chirurgien anglais.

B.— Au lieu de réséquer complètement la muqueuse hémorrhoïdaire, j'abrase avec de petits ciseaux courbes les hémorrhoïdes qui la tapissent en dehors; je l'ébarbe, je fais la toilette de sa face externe et j'obtiens ainsi un lambeau flottant qui, lorsqu'on le laisse tomber, vient pour ainsi dire de lui-même et sans traction, s'affronter avec la peau; si un point de suture déchire et manque, il ne peut y avoir de grand écartement entre les deux surfaces cruentées et la réunion se fait, quoi qu'il advienne, sans difficulté; puis, ce procédé rend la suture extérieure plus facile à surveiller et plus facile à panser. Je ne le crois cependant pas applicable sur tous les malades; il y a, en effet, des cas où l'excision de la muqueuse doit être complète.

La *ligature* a surtout été défendue en Angleterre par Allingham. Voici en quoi elle consiste: on incise la muqueuse au niveau du bourrelet hémorrhoïdaire; on isole ce bourrelet, on le met à nu, on le pédiculise, et on enserre sa base dans l'anse d'un fil élastique; puis, on rentre dans le rectum le paquet variqueux ainsi étranglé qui se sphacèle et tombe au bout de quelques jours. Quelques chirurgiens ont modifié ce procédé en pratiquant l'excision après la ligature; moi-même j'y ai apporté un petit perfectionnement en suturant les deux lèvres de la muqueuse tout autour du pédicule variqueux. C'est là une très bonne méthode; elle est recommandable dans tous les cas où l'on craint de ne pas pouvoir pratiquer l'exérèse aux ciseaux dans de bonnes conditions d'antisepsie; elle a donné, je vous le répète, dans les mains d'Allingham, d'excellents résultats.

III

Quelle conduite devez-vous tenir, maintenant, lorsque votre malade est atteint d'hémorrhoïdes enflammées? Vous abstiendrez-vous de toute thérapeutique active et laisserez-vous les varices s'étrangler et se nécrobioser, sous prétexte qu'elles peuvent quelquefois guérir spontanément et rentrer dans le rectum sans avoir provoqué d'accidents sérieux? Ce n'est pas mon avis; il faut agir.

Si vous avez affaire à des hémorrhoïdes externes, la cure est facile; vous pouvez inciser la varice, la comprimer avec les doigts, la vider de son contenu et introduire dans sa cavité une petite mèche de gaze iodoformée; vous pouvez aussi la gratter, en curetter l'intérieur et faire ensuite une suture des deux lèvres de la plaie. Tout cela vous donnera des succès, et sans grand'peine.

Mais si votre patient porte un bourrelet volumineux, étranglé, irréductible, d'hémorrhoïdes internes, c'est une tout autre chose. Deux cas peuvent se présenter: ou bien le paquet va-

riqueux, quoique congestionné et violacé, vous paraît encore peu malade et encore préservé de la gangrène ; on bien, au contraire, il est ulcéré, altéré, couvert d'une plaque de sphacèle. Dans le premier cas, pratiquez la dilatation forcée de l'anus et réduisez les hémorroïdes ; vous en ferez la cure radicale quelques jours après; vous pourrez même la faire séance tenante si le malade y consent et si vous avez de bonnes raisons pour ne pas craindre l'infection de votre plaie. Dans le second cas, le procédé le plus recommandable, à mon avis, est celui du professeur Richet, je veux parler de la *volatilisation ;* il a donné à son inventeur d'excellents résultats à une époque où les chirurgiens perdaient des malades par l'emploi des anciennes méthodes; il met, en effet, presque toujours à l'abri de l'infection.

C'est une cautérisation complète du bourrelet hémorrhoïdaire. On passe un fil de laiton dans l'intérieur du paquet variqueux, et l'on peut ainsi attirer et maintenir celui ci au dehors de l'orifice anal ; on le détruit alors en le prenant entre le mors d'une pince préalablement rougie à blanc (pince de Richet), sans que le pourtour de l'anus, isolé de la tumeur, ait à subir l'action du cautère, et sans qu'on ait à craindre, par conséquent le rétrécissement cicatriciel circulaire.

Tels sont, au résumé, Messieurs, les seuls procédés qui me paraissent applicables au traitement des hémorrhoïdes compliquées d'étranglement et d'inflammation ; toutes les autres méthodes me semblent condamnables, aussi bien celles qui ont pour objet de flétrir les hémorrhoïdes par l'application à leur surface de caustiques ou d'astringents (procédé très douloureux pour le malade) que celles qui ont pour objet de détruire les varices anales par l'instillation dans leur cavité de liquides modificateurs et coagulants. On emploie beaucoup, en Amérique, les injections de liquide glycéro-phéniqué et il paraît que ce traitement donne de bons résultats. A priori, je n'ai en lui qu'une confiance médiocre; on agit ainsi à l'aveugle; on n'est vraiment pas le maître de sa thérapeutique, et pour cette raison seule, je réprouve cette pratique, car je prétends qu'on ne saurait jamais hésiter entre la chirurgie à ciel ouvert, où l'on peut régler son action sans le moindre imprévu, et cette chirurgie sans contrôle dont les succès dépendent souvent beaucoup plus du hasard que de l'habileté de l'opérateur.

P. S.

HOPITAL LARIBOISIÈRE

CLINIQUE DES MALADIES DE LA GORGE ET DU NEZ

Leçons du Dr Gouguenheim,

Recueillies et rédigées par M. Estrabaut, *interne du service.*

(Suite et fin) (1).

Angine rhumatismale aiguë.

L'angine rhumatismale ou arthritique peut être chronique ou aiguë. Nous n'étudierons que la forme aiguë qui a été magistralement décrite dans les cliniques de Trousseau. La réalité de cette angine rhumatismale a été très contestée. Elle peut survenir comme prélude du rhumatisme, et disparaître au moment de l'apparition du rhumatisme : c'est rare. On a prétendu aussi que le rhumatisme qui succédait à l'angine n'était pas du rhumatisme vrai, mais du faux rhumatisme infectieux. Quoi qu'il en soit, l'angine rhumatismale est rare, mais elle a été constatée d'une manière irréfutable. Elle se présente plutôt chez l'adulte que chez l'enfant, contrairement aux autres angines et surtout l'amygdalite crypto-folliculaire qui sont plus fréquentes chez l'enfant ou le jeune homme. Les signes généraux diffèrent peu de ceux des angines précédentes, c'est de la céphalalgie, de la fièvre, des douleurs de gorge ; on a prétendu que ces douleurs de gorge étaient plus vives dans l'angine rhumatismale. Ce n'est pas exact, car l'angine aiguë est presque toujours douloureuse, quelle que soit sa forme.

Les signes objectifs sont représentés par une rougeur très vive existant sur tout le voile du palais. La luette peut s'œdématier et apparaître comme un gros grain de raisin. C'est surtout dans l'angine rhumatismale aiguë que se voit cet œdème de la luette. L'amygdale y est moins atteinte que le voile du palais.

La marche de cette angine est rapide, elle disparaît brusquement comme toutes les manifestations du rhumatisme.

J'ai essayé de donner du salicylate de soude à ces malades, et sans aucun succès. M. Ruault a constaté le même résultat négatif. Cette angine n'est donc nullement influencée par le médicament spécifique du rhumatisme. Ce fait serait encore en contradiction avec l'idée de l'origine rhumatismale de l'angine.

Le *diagnostic* de cette forme n'a pas lieu d'être fait avec la diphthérie puisqu'il n'y a pas de fausse membrane. L'érysipèle du pharynx se présente aussi avec une rougeur pourpre très vive, mais l'état général est grave, et la température très élevée, atteignant 40° ; le début n'est pas le même, l'érysipèle du pharynx commence par la partie postérieure du pharynx et il coïncide le plus souvent avec un peu d'érysipèle des téguments du nez.

Le diagnostic peut s'imposer encore avec l'angine syphilitique secondaire quand elle est accompagnée de fièvre, et qu'elle se présente avec une rougeur diffuse localisée à la partie antérieure du voile du palais; c'est une staphylite en quelque sorte qui précède d'un ou deux jours quelquefois l'éruption caractéristique des papules. Le diagnostic avec cette variété d'angine pourrait parfois être embarrassant et il faut y penser, mais l'examen du malade révélera sur le corps ou à la région génitale les vestiges de la syphilis.

En présence d'une angine accompagnée d'une température de 40°, il faut encore penser à l'angine de la scarlatine ; dans cette dernière la rougeur n'est pas localisée au voile du palais ou aux amygdales, elle occupe toute la bouche et la langue. Pour comble d'erreur, la scarlatine est susceptible, on le sait de s'accompagner de douleurs articulaires, mais, dans l'angine scarlatineuse, il est rare qu'en recherchant soigneusement on ne trouve quelques traces d'éruption sur la peau.

Il reste à parler d'une dernière forme d'angine aiguë, c'est l'angine goutteuse qui n'est presque jamais toutefois une angine aiguë: il y a cependant des gouttes aiguës qui peuvent débuter par de l'angine, mais c'est surtout la paroi postérieure du pharynx qui est intéressée dans la goutte ce qui s'explique par ce fait que les goutteux sont fréquemment atteints de rhino-pharyngite chronique, et c'est ce siège habituel de l'état chronique qui explique la localisation à la paroi postérieure. L'angine goutteuse aiguë a été bien observée et décrite en Angleterre.

Je ne pouvais pas m'abstenir de parler de cette variété d'angine aiguë, qui a le privilège de disparaître brusquement sous l'influence d'une localisation de la goutte sur les articulations, mais qui est rare.

---

(1) Voir *Gazette médicale*, n° 4.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement de l'ostéomyélite,

Par A. BROCA,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

On appelle ostéomyélile l'inflammation aiguë des os. Elle peut être causée par des microbes divers, mais jusqu'à présent ces données pathogéniques n'ont pas abouti à des conclusions thérapeutiques spéciales. D'autre part, l'évolution peut être *suraiguë, aiguë, subaiguë* ou *chronique*. Enfin, une fois passée la période initiale, il est à peu près constant que l'os reste le siège d'une *ostéomyélite prolongée*, caractérisée par une hyperostose au milieu de laquelle on trouve les lésions les plus diverses : séquestres, cavités fongueuses, séreuses ou purulentes, ostéite condensante ou raréfiante, etc.

1° *Ostéomyélite aiguë.* — Le premier point consiste à porter un diagnostic exact et précoce : il est fréquent en effet que les enfants soient soignés pendant quelques jours ou quelques semaines pour une fièvre typhoïde, pour un rhumatisme articulaire aigu. C'est par une exploration attentive et répétée de toutes les régions épiphysaires qu'on arrivera à trouver les symptômes révélateurs. Une autre erreur consiste à prendre la lésion pour un phlegmon simple et à l'inciser comme telle; un bon clinicien ne s'y trompera pas, et si on doute, il est facile d'explorer le foyer avec le doigt. Le précepte formel est en effet de trépaner l'os aux limites du décollement périostique, de façon à ouvrir largement le canal médullaire, qui toujours contient du pus. L'incision simple des parties molles est toujours une opération incomplète. En outre, on examinera les jointures voisines, de façon à en faire l'arthrotomie précoce si elles sont envahies par le pus. Ces larges incisions sont drainées et tamponnées ; on évitera de les réunir.

Lorsque l'on aura ainsi ouvert largement le premier foyer, il faut se souvenir constamment que l'infection a grande tendance à frapper plusieurs os à la fois ou successivement, même après de longs intervalles de bonne santé apparente. On devra donc, pendant plusieurs semaines, voire pendant plusieurs mois, surveiller attentivement tous les os, toutes les articulations, ausculter le péricarde, la plèvre où les épanchements ne sont pas exceptionnels. Si parfois, en effet, le malade attire l'attention sur un point douloureux où l'on constatera bientôt l'existence d'un abcès, il est fréquent que ces foyers secondaires soient relativement latents : or, il faut les poursuivre au fur et à mesure, par l'incision précoce et large, quel que soit leur siège.

L'opération d'une ostéomyélite aiguë est une intervention d'urgence, la vie du sujet pouvant être compromise par un retard de quelques heures. Et même, en dehors des formes pyohémiques à foyers successifs, il en est où malgré l'opération presque immédiate le malade succombe avec une rapidité extrême. Dans quelques cas *très rares*, l'amputation serait indiquée.

2° *Formes atténuées.* — Dans les ostéomyélites subaiguës, l'intervention est la même, mais elle n'est plus urgente ; c'est dans ces cas qu'il est assez habituel de croire à un simple abcès sous-périostique que l'on incise. Mais ultérieurement un foyer d'ostéomyélite prolongée se constitue.

Les formes chroniques sont surtout importantes au point de vue du diagnostic. Souvent, en effet, elles simulent des lésions syphilitiques, tuberculeuses ou néoplasiques. S'il s'agit de syphilis, on en est quitte pour une incision inutile : mais l'inconvénient est de ne pas administrer le traitement spécifique. Il est plus grave de croire à tort à un néoplasme, car cela conduit à l'amputation. Or, pour l'ostéomyélite chronique le traitement doit être essentiellement conservateur; il consistera à inciser largement, à creuser à la gouge une gouttière allant jusque dans le canal médullaire et à se comporter dans l'os suivant les lésions qu'on y rencontre, lésions d'ailleurs semblables à celles de l'ostéomyélite prolongée.

3° *Ostéomyélite prolongée.* — Après une atteinte d'ostéomyélite aiguë, il est à peu près inévitable qu'il se forme une hyperostose avec ostéomyélite prolongée. Tandis que le périoste, décollé ou non, donne naissance à un nouvel os engainant quelquefois très épais, l'os ancien se nécrose en partie, ailleurs s'éburne, ailleurs se raréfie et se creuse de cavités remplies de fongosités, de pus, de sérosité. Il y a alors indication opératoire, soit parce qu'il y a suppuration interminable plus ou moins grave, soit parce qu'il existe des douleurs quelquefois très intenses.

Pour éviter la lenteur de l'évolution spontanée, on a conseillé de pratiquer dès la période aiguë la résection de la partie dénudée. Cette pratique est détestable car : 1° souvent la nécrose est moins étendue qu'on ne le croyait au premier abord ; 2° l'os ancien, même mort, est très utile comme tuteur pour l'os nouveau, et sa suppression prématurée donne un membre difforme, flottant même. On peut poser en règle presque absolue qu'il ne faut faire la séquestrotomie que tard, au plus tôt au bout de trois à quatre mois ; souvent même bien plus tard encore, car pendant des années il peut se former des séquestres, des abcès.

A. *Séquestres.* — Ces séquestres sont invaginés, c'est-à-dire entourés par l'os nouveau, périostique. Il faut se garder, pour les enlever, de faire une résection totale, sous-périostique, de l'os nouveau, car la régénération est alors très aléatoire. Il faut inciser sur les fistules, agrandir les orifices de l'os nouveau auxquels elles aboutissent, creuser à la gouge et au maillet dans cet os, en son point le plus accessible, une gouttière aussi large que possible et ayant ou à peu près la longeur du séquestre, que l'on extrait alors aisément, après l'avoir au besoin sectionné à la pince coupante. La cavité est ensuite tamponnée : il est rarement indiqué de suturer la peau au-devant d'elle, et mieux vaut la faire bourgeonner de la profondeur à la surface. Les résultats obtenus dépendent pour beaucoup de l'os malade, et, par exemple on peut nettement opposer à cet égard le tibia au fémur. Tandis qu'au tibia la gouttière creusée à la face interne se comble avec une facilité relative en y rabattant les lèvres de l'incision cutanée, au fémur, abordé par sa face externe, il ne peut être ainsi ; et on observe des suppurations interminables. C'est dans ces conditions qu'il peut être indiqué de faire dans la cavité évidée des greffes d'os décalcifié.

B. *Ostéite fongueuse.* — Quelquefois on ne trouve pas de séquestre, mais une cavité remplie de pus, de fongosités, de lamelles osseuses raréfiées. Il faut alors, après avoir creusé une gouttière comme dans le cas précédent, évider à la gouge, à la curette, tous les produits pathologiques tant qu'on ne rencontre pas la dureté de l'os nouveau. De là une cavité très difficile à combler, d'autant mieux que cette forme s'observe surtout dans l'extrémité inférieure du fémur ; on aura alors recours aux implantations dont nous venons de parler.

C. *Abcès et faux abcès.* — Une autre forme est celle où on trouve des cavités pleines de liquide purulent ou séreux : il faut trépaner l'abcès, curetter sa paroi et drainer ou tamponner la cavité, suivant les dimensions.

D. *Ostéite névralgique.* — Quelquefois il n'y a ni séquestre, ni pus, ni fongosités, mais une ostéite condensante et hyperostosante causant de vives douleurs. L'évidement de l'hyperostose fait généralement cesser ces douleurs. Parfois, même, il suffit d'inciser le périoste.

Extrait d'un *Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgicale*, par LE GENDRE et A. BROCA, qui va paraître incessamment à la librairie G. Steinheil.

E. — Il existe enfin des cas dans lesquels il y a des séquestres étendus avec formation insuffisante d'os nouveau, des vermoulures fongueuses, des clapiers des parties molles, de l'hecticité due à la suppuration prolongée, et où l'indication formelle est d'amputer sans tarder; mais avec une thérapeutique bien dirigée dès le début, cela n'a jamais lieu.

Pendant toute la durée du traitement, il faut surveiller avec soin les jointures voisines : 1° au point de de vue l'arthrite; 2° au point de vue des attitudes vicieuses que les déformations osseuses (hyperostose) ne tardent pas à rendre définitives.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La colporraphie.

Par MM. Paul Petit et Stéphane Bonnet.

(Suite) (1).

B. — *Colporraphie antérieure.*

On donne généralement à l'avivement la *forme ovalaire*, de Simon, en le terminant en pointe en haut et en bas (fig. 1).

Fig. 1. — Colporraphie antérieure : avivement ovalaire de Simon; trajet des sutures superficielles et profondes.

La pointe inférieure devra être assez étroite et assez longue pour que l'incision limitante se tienne à une distance convenable des pubis, au voisinage desquels la muqueuse est adhérente et ne se laisse guère distendre.

Le plus grand diamètre de l'avivement doit correspondre à la zone du plus grand relâchement : il en résulte, au cas où cette zone correspond à l'espace précervical, que l'avivement, d'ovalaire, doit devenir *triangulaire* à base supérieure (fig. 2).

Pour jalonner l'incision limitante, on fixe une pince à griffes en bas, à 2 centimètres du méat; une autre pince en haut, sur la lèvre antérieure du col, ou un peu au-dessous s'il s'agit d'une colpocèle incomplète; enfin, deux serres-fortes saisissent la muqueuse à égale distance des deux pinces. Si l'avivement doit être triangulaire, il faut encore ajouter deux pinces aux deux angles supérieurs. Nous conseillons de faire le décollement en deux étapes; la première, de la pince inférieure aux serres-fortes; la seconde, des serres-fortes à la base du lambeau (fig. 3).

Schrœder ne met pas plus de trois fils profonds pour un avivement assez étendu; ce nombre nous paraît insuffisant, car, si l'un des trois fils vient à sectionner les tissus, la désunion secondaire est fatale. Il vaut mieux placer les fils de haut en bas, c'est-à-dire du col vers le méat, et les serrer

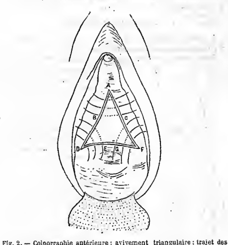


Fig. 2. — Colporraphie antérieure : avivement triangulaire; trajet des sutures qui ferment les trois angles BAC, BDE, CFG (Doléris).

à mesure, si l'avivement est ovalaire. On les placera, au contraire, du méat vers le col, si l'avivement est triangulaire. A mesure que l'on se rapproche de la base du triangle, le milieu de cette base se coude du fait de la constriction

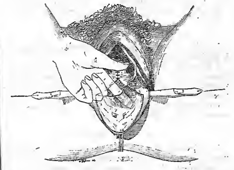


Fig. 3.— Colporrhaphie antérieure : avivement ovalaire par décollement, et suture en deux étapes.
La partie supérieure de l'avivement est suturée; l'index gauche de l'opérateur, vu par transparence entre les deux serres-fortes, fouille les tissus à la rencontre de l'incision limitante. (Paul Petit et S. Bonnet.)

des fils, de telle sorte que la plaie se rapproche de plus en plus de la forme du λ grec (fig. 4). Suivant qu'on désire rétrécir plus ou moins le cul-de-sac vaginal, on multiple

(1) Voir le numéro précédent.

ou, au contraire, on arrête plus tôt les sutures qui rapprochent les deux lèvres de la branche inférieure du λ; puis on rapproche, de chaque côté, les deux lèvres des branches supérieures. On termine par une suture en bourse en *u x y r* (fig. 4).

C. — *Opération de l'uréthrocèle.*

La cure radicale de *l'uréthrocèle* a sa place tout indiquée à côté de la colporraphie antérieure.

Pour pratiquer cette dernière opération, Pozzi, au lieu de s'attarder à pratiquer le décollement ou l'avivement aux ciseaux, forme un pli longitudinal de la muqueuse à l'aide de plusieurs pinces tire-balles, place, à la base de ce pli, une ou deux pinces courbes et, après avoir passé préalablement sous ces pinces les fils à suture, excise tout ce qui les dépasse.

Ce procédé n'est, en réalité, applicable à la colporraphie que dans les cas où la muqueuse est nettement détachée des plans sous-jacents (ce qui est loin d'être constant) sans quoi l'on court le risque d'ouvrir la vessie. Il convient au contraire très bien à l'uréthrocèle, sauf qu'ici on cherche à saisir la paroi de l'urèthre en même temps que la muqueuse. Il n'y a donc pas de traction préalable à exercer avec des pinces dans le but d'isoler ces deux couches.

Fig. 4. — Colporraphie antérieure après avivement triangulaire; suture en bourse terminale (Doléris).

D. — *Colporraphie postérieure.*

La *colporraphie postérieure* se combine ordinairement à la *périnéorraphie.*

A elle seule, elle n'a guère sa raison d'être que dans le cas de colpocèle localisée au cul de-sac postérieur. L'avivement a, dans ce cas, les mêmes formes que dans la colporraphie antérieure.

On trouvera dans la description qui suit les détails techniques propres à l'opération.

E. — *Colpopérinéorraphie.*

La *colpopérinéorraphie* se pratique ordinairement suivant le procédé d'Hégar légèrement modifié.

L'avivement d'Hégar a la forme d'un triangle dont le sommet correspond au voisinage du col, et la base au périnée. L'incision limitante dessine d'abord, au sommet du triangle, un angle aigu, plus ou moins élevé suivant la hauteur que doit avoir l'avivement. Elle se prolonge ensuite vers le bas et, à mi-chemin du sommet de l'angle et de la vulve, commence à d'écrire, de chaque côté, une courbe à convexité interne pour s'éloigner des branches du pubis où les tissus, adhérents à l'os, manquent de laxité : elle se relève ensuite pour gagner, de part et d'autre, un point de l'orifice vulvaire déterminé d'avance et plus ou moins éloigné de la commissure. Ces deux points doivent être symétriques et à une distance telle, une fois juxtaposés, que les tissus ne

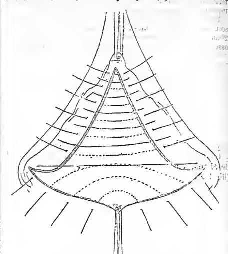


Fig. 5. — Colpopérinéorraphie. procédé de Hégar. (S. Bonnet et Paul Petit).

soient pas trop tendus, la vulve convenablement rétrécie, et le périnée suffisamment allongé. De plus, les deux angles inférieurs doivent être assez allongés et assez aigus pour éviter la formation d'une poche vaginale au-dessus du périnée (Schrœder).

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Traitement des coliques intestinales (1),

Par P. Le Gendre,
Médecin des hôpitaux de Paris.

Les douleurs abdominales si vives qui sont la conséquence d'un spasme du côlon ou de portions limitées de l'intestin grêle se rencontrent fréquemment chez l'enfant dans des circonstances diverses. Chez beaucoup de nourrissons, la dyspepsie intestinale causée par le lait pris en trop grande quantité, même s'il est de bonne qualité, — à plus forte raison, s'il est avarié ou si l'enfant est alimenté prématurément de soupes ou d'aliments plus grossiers encore, — compte parmi ses premiers symptômes de violentes douleurs intestinales, causées tantôt par le météorisme, tantôt par le spasme de l'intestin, qui fait effort pour se débarrasser de caillots de lait non digérés ou d'autres résidus alimentaires. On reconnaît les coliques

(1) Extrait d'un *Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgicale*, par P. Le Gendre et U. Broca, qui va paraître incessamment à la librairie G. Steinheil.

chez les nourrissons aux cris qu'ils poussent en repliant énergiquement les cuisses contre le ventre, en se contorsionnant, avec l'expression de souffrance et d'anxiété sur le visage, en même temps que les muscles de l'abdomen sont fortement contractés; généralement, l'abdomen est tympanisé, surtout dans la région du côlon, quelquefois le ventre est plutôt plat. Cris et contorsions, facies angoissé disparaissent aussitôt après l'émission de quelques gaz ou d'une garde-robe.

Chez les enfants plus âgés, on rencontre des coliques dans toute affection intestinale, dans l'indigestion simple, surtout en été quand il y a eu abus de fruits crus; toutes les fois que la muqueuse intestinale est irritée avec un contenu anormal, acides organiques résultant de l'abus des sucres ou des graisses, gaz résultant des fermentations alimentaires, exceptionnellement une substance toxique comme le plomb, fréquemment des scybales accumulées, durcies et agissant comme corps étrangers; dans toute maladie générale à détermination intestinale, notamment dans certaines dothiénentéries; chez des enfants nerveux et issus d'arthritiques, à l'occasion d'un refroidissement des pieds ou du ventre; chez des fillettes au moment où se prépare le molimem menstruel; chez quelques névropathes précoces sous la seule influence d'une émotion, d'une remontrance.

En résumé, le spasme intestinal est le résultat d'un réflexe dont le point de départ peut être la muqueuse intestinale, la peau, ou le système nerveux central. Ayant reconnu l'existence de coliques d'après les caractères indiqués plus haut, et en outre par l'intermittence de la douleur et le soulagement que donnent à l'enfant les frictions douces sur le ventre, on essayera d'abord l'emploi du moyen externe qui les fait disparaître le plus souvent, l'*application de la chaleur* : flanelles fortement chauffées, cataplasme très chaud, fomentations avec une décoction chaude ou de l'huile chaude.

Quand on a échoué par le chaud ou quand les coliques se montrent à titre épisodique au cours d'une maladie intestinale inflammatoire, on essaie l'*application du froid* (sac de glace ou compresses imbibées d'eau glacée, essorées, puis recouvertes de flanelle et d'un taffetas gommé).

En même temps, on fera prendre à l'intérieur une *infusion chaude* de camomille, de menthe, de badiane. S'il y a lieu de penser à l'existence d'un contenu intestinal irritant, on prescrira l'administration d'une grande *irrigation intestinale chaude* ou d'un *petit lavement froid*. S'il s'agit de nourrissons, on ne sera pas tenté de faire une médication interne plus active; exceptionnellement, si on craignait de voir survenir des convulsions par l'intensité de la douleur, on utiliserait la *belladone* en potion ou en suppositoires, quelques gouttes d'*éther* dans de l'eau sucrée, le *chloral* en lavement. Chez les enfants plus âgés, on pourra faire usage des autres calmants narcotiques *opiacés*; chez les petits nerveux, chez les fillettes en imminence de menstruation, on obtient souvent les plus rapides résultats avec l'*antipyrine en lavement*.

LETTRE D'ALLEMAGNE

Traitement de l'anasarque.

C'est à la *Société médicale de Hambourg*, que M. Michael est venu exposer le mode de traitement de l'anasarque qu'il choisit pour un cas récent de sa pratique. Il s'agissait d'un commerçant, âgé d'environ 40 ans, qui depuis près de trente ans présentait des crises d'asthme. Jusqu'à ces derniers temps l'accès disparaissait facilement, mais ces accès récents furent tous suivis d'un œdème très accentué, assez même pour que l'évacuation devînt nécessaire, mais quel mode adopter? Les incisions que Gerardt tente de remettre en honneur? mais elles laissent suinter la sérosité, de sorte que la peau baignée constamment et irritée, présente des érosions plus ou moins multipliées, foyers tout ouverts aux infections. Si la sérosité cesse de couler, au contraire, le traitement a été inutile : il faut le recommencer.

Il y a bien le drainage capillaire avec le trocart explorateur, ou les tubes de Southey. Le seul avantage de ce traitement sur le précédent est d'être plus facilement accepté du malade; il reste presque toujours inefficace du fait de l'oblitération des tubes.

M. Michael se servit cependant de deux trocarts explorateurs. Vingt-quatre heures après le commencement du traitement, les trocarts étaient obstrués, la sérosité écoulée correspondait environ à 500 grammes. Alors, M. Michael prit un trocart d'assez gros calibre à la canule duquel il adapta un tube de caoutchouc. En cinq jours, il s'écoula 50 livres de sérosité. Le traitement médical vint à bout du reste. Le malade a diminué de 74 livres en quatorze jours.

L'emploi d'un gros trocart serait, d'après l'auteur du procédé, d'économiser du temps et de diminuer le nombre des ouvertures et par là, les chances d'infection, MM. Michael et Rumpf ont fait construire chacun un appareil analogue agissant par le principe du siphon : c'est là tout le secret du procédé, dit M. Rumpf.

Le sang des bovidés tuberculeux.

Le professeur Bollinger a communiqué à la *Société médicale de Munich* une étude très intéressante sur l'infection du sang des bovidés tuberculeux. C'est un fait connu depuis longtemps, que les muscles, le lait des bovidés tuberculeux contiennent au moins dans les cas graves des bacilles de Koch; les recherches faites sur l'infection du sang n'avaient encore donné aucun résultat. Aussi Bollinger fit faire dans son laboratoire une série de recherches d'où il résulte que 1 fois sur 10 bovidés, atteints de tuberculoses locales de gravité moyenne, l'inoculation du sang a donné un résultat nettement positif: il faut donc en conclure que, dans quelques cas, au reste fort rares, le sang des bovidés tuberculeux peut avoir un pouvoir infectieux. On peut admettre *à priori* qu'il en est de même chez les porcs tuberculeux : aussi doit-on porter une attention soutenue dans l'examen des porcs dont le sang entre pour une très grande part dans la fabrication de la charcuterie, surtout en Allemagne. Des règlements sanitaires sont réclamés par le savant professeur pour obvier à ce résultat.

Insuffisance aortique sans bruit de souffle diastolique.

Dans sa séance du 15 janvier la *Société de médecine interne de Berlin* a reçu une communication des plus intéressantes du distingué M. Leyden. Celui-ci présenta à l'examen de ses collègues le cœur d'une jeune fille présentant une insuffisance des valvules aortiques extrêmement marquée sans qu'aucun souffle soit venu témoigner pendant la vie de l'état du cœur. M. Litten avait groupé sous le nom de pseudo-insuffisance aortique une série de faits où tout souffle avait manqué, et d'autres, où seul un souffle mitral au 1er temps avait été entendu. Tout cela n'est pas fait pour éclairer la pathogénie si discutée du bruit de souffle des insuffisances aortiques. M. Gerhardt pense que lorsque le cœur est déjà touché dans sa valve mitrale, les modifications apportées à la pression et à la vitesse du sang font que celui-ci ne peut plus donner lieu au bruit de souffle diastolique quand il franchit le canal aortique.

Septicopyohémie et dermatomyosite aiguë.

La *Société de médecine de Berlin*, dans une de ses dernières séances, a entendu une fort curieuse exposition de M. A. Fraenkel sur l'infection dans les dermatomyosites.

On a signalé fréquemment, lors de myosites infectieuses, l'existence d'érythèmes que l'on pourrait être tenté de prendre pour des affections évoluant pour leur propre compte, tandis qu'ils sont secondaires aux myosites.

La myosite progressive multiple d'Unverricht, Wagner, etc., qui tend à envahir tout ou partie du système musculaire, s'accompagne très souvent de dermatites diverses.

A ce propos, M. Fraenkel rapporte trois observations personnelles qui lui font envisager ces dermatomyosites comme des septicopyohémies.

La première observation concerne une jeune femme qui était atteinte d'otite purulente depuis sept mois. Elle se fit admettre à l'hôpital pour un ensemble de douleurs sur les 4 membres. Les membres étaient tuméfiés, empâtés, la peau rouge, la température élevée. Les cuisses et la moitié inférieure des avant-bras étaient respectés.

La malade succomba après 36 séances de séjour.

A l'autopsie on trouva les muscles œdématiés, pâles et tachetés; tissu musculaire et œdème contenaient une quantité notable de streptocoques.

Ceux-ci semblent bien avoir pris leur origine dans le pus otique.

Dans la 2e observation de M. Fraenkel, il s'agit d'une érysipélateuse qui fit pendant sa convalescence, une myosite irrégulière de la moitié sus diaphragmatique du corps. Elle mourut en trois jours Ici encore mêmes trouvailles à l'autopsie, et une localisation otique de la septicopyohémie s'était produite tardivement.

Un goitre kystique suppuré sert de point de départ à la pyohémie dans la 3e observation; malgré une localisation apparente aux muscles d'un seul membre la mort est rapide. D'innombrables abcès des muscles du bras furent trouvés à l'amphithéâtre.

Ces 3 observations montrent que, pour rares qu'on les dise, les faits de pyohémie à détermination musculaire n'en existent pas moins assez souvent et surtout que les myosites graves accompagnées d'érythèmes liés à leur évolution sont très fréquemment pyohémiques. Aussi y a-t-il indication à chercher principalement vers les cavités de la face ou du crâne le point de départ de l'infection septicopyémique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 janvier 1894. — Présidence de M. J. ROCHARD.

Sur la production d'une greffe osseuse hétéroplastique après la trépanation du crâne.

M. LE DENTU lit un rapport au sujet d'un travail de M. Mossé intitulé : « Nouvelles recherches sur la production d'une greffe osseuse hétéroplastique après la trépanation du crâne ». Douze expériences suivies de succès furent faites par M. Mossé pour étudier les résultats, après la trépanation du crâne, de la réimplantation de la rondelle enlevée et de sa transplantation sur un animal de même espèce ou d'espèce différente.

D'après le rapporteur, ces expériences semblent démontrer que chez les animaux, les réimplantations et transplantations osseuses aseptiques des rondelles peuvent être suivies de succès c'est-à-dire que les portions réimplantées et transplantées peuvent se fusionner partiellement ou complètement avec l'os, auquel on les accolle.

Ce résultat, malgré tout, doit être considéré comme inconstant et il convient de se demander si on doit le chercher chez l'homme. En effet, chez l'homme, on cherche à ne pas obturer l'orifice osseux pour faciliter l'écoulement des liquides qui pourraient se collecter ou suinter au fond de la plaie; aussi semble-t-il qu'il ne faut pas chercher l'obturation. Tous les procédés inventés jusqu'ici ceux de Mac-Ewen, de Wagner, de Kœnig, sont passibles des mêmes objections.

Sur un mode de traitement de la tuberculose par les substances succinogènes.

M. LANCEREAUX avait, en mars 1893, communiqué à l'Académie un travail de M. CARAVIAS ayant rapport au traitement de la tuberculose, par des substances capables de produire de l'acide succinique, dans l'organisme (viande crue, graisse, bimalate de chaux, acide benzoïque et benzoates, pepsine non acidifiée, asparagine, carottes, légumes verts).

M. Constantin Paul avait, à ce sujet, demandé quelle quantité d'acide succinique éliminaient les malades ainsi traités.

M. Couturieux, interne en pharmacie, du service de M. Lancereaux, fit, sous la direction de son maître, des recherches qui aboutirent à démontrer que les malades soumis au régime indiqué éliminaient jusqu'à trois ou quatre grammes d'acide succinique libre ou en combinaisons acides, les seules antiseptiques, fait remarquer M. Lancereaux.

Chez presque tous les tuberculeux, auxquels ce régime a été prescrit, il s'est produit une amélioration notable : exception est faite naturellement pour les malades qui, porteurs de lésions trop étendues, n'étaient plus justiciables d'aucune intervention.

L'action de l'acide succinique ne porterait, d'après M. Caravias, ni sur les micro-organismes, ni sur la matière tuberculeuse. Cet antiseptique créerait autour des foyers une barrière contre l'envahissement bacillaire. Les foyers déjà existants évolueraient, comme dans les cas ordinaires et l'expectoration éliminerait le caséum.

Diminution de la mortalité par la fièvre typhoïde à Paris.

M. ROCHARD lit, sur ce sujet, un rapport d'où il résulte que la mortalité par fièvre typhoïde a diminué d'une façon continue. En 1869, la mortalité était de 53,4 pour 100.000 habitants. En 1893, elle est tombée à 25,7.

L'hygiène bien comprise, la substitution des eaux de source aux eaux de Seine, l'installation et l'aménagement des égouts, sont les grands facteurs de cette amélioration.

Une bonne part revient aussi à la surveillance des logements insalubres et des garnis, et à l'extension des mesures de désinfection.

L'établissement du tout à l'égout et l'achat des terrains d'épandage feront encore plus pour la prophylaxie de la fièvre typhoïde.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 janvier 1894. -- Présidence de M. LŒWY.

Expériences sur le mécanisme histologique de la sécrétion des glandes granuleuses.

M. RANVIER. — Les glandes muqueuses, dans leurs cellules spéciales, muqueuses ou caliciformes, contiennent, outre leur mucigine et leurs travées protoplasmiques, des vacuoles toujours soumises à un mouvement physiologique. L'excitation électrique développe beaucoup ce mouvement.

Je me suis alors demandé si les glandes granuleuses avaient un mouvement vacuolaire analogue : j'ai choisi pour mes expériences la glande sous-maxillaire du rat. Or l'excitation dans toutes ces glandes a déterminé la formation de vacuoles grandes, nombreuses, souvent agglomérées et confluentes. En dehors de l'excitation, je n'ai trouvé que des vacuoles petites, peu nombreuses et encore dans un nombre restreint de cellules. Ces glandes granuleuses sécrètent de l'eau et de la diastase : l'eau vient des vacuoles; il paraît probable qu'en sortant des vacuoles, cette eau entraine de la diastase élaborée par le protoplasma cellulaire.

Un signe de mort certaine, emprunté à l'ophtalmotonométrie. Lois de la tension oculaire.

M. W. NICATI. — En étudiant la tension oculaire à l'aide d'un nouvel instrument que j'ai fait construire, on trouve que cette tension, ou plus simplement dureté, qui est normalement de 18 gr. à 21 gr., oscille à l'état physiologique entre 14 gr. et 25 gr., baisse avec une cessation des battements du cœur à 12 gr. environ, pour s'affaisser ensuite progressivement avec des ressauts ou retours en arrière brusques, ne dépassant jamais douze. A partir d'une demi-heure, on rencontre déjà les duretés minima de 1 gr. à 3 gr., mais la détente définitive n'a lieu qu'après deux heures; elle devient alors complète.

L'œil énucléé et replacé dans son orbite présente donc les mêmes phénomènes.

L'instrument qui donne ces résultats est d'une extrême précision; ses indications sont dépouillées de l'équation personnelle à l'observateur qui a entravé, jusqu'à ce jour, tous les procédés pratiques de tonométrie oculaire.

Il en résulte un signe de mort certaine qui réside dans un premier affaissement au moment de l'arrêt du pouls et dans un affaissement définitif, et au plus haut degré démonstratif, peu d'heures après.

Les lois qui président à ces phénomènes sont les suivantes :

1° La tension oculaire est fonction de la tension sanguine;

2° Elle obéit à une régulation réflexe opposant à la pression sanguine des pressions égales (et empêchant soit les déformations qu'une pression sanguine exagérée pourrait provoquer, soit les ischémies qu'une pression sanguine trop faible amènerait inévitablement si l'œil conservait une pression constante);

3° Une régulation rapide, provisoire, a lieu par la rétraction rapide ou contraction de la coque oculaire musculeuse;

4° Une régulation plus lente et plus durable a lieu par la sécrétion d'humeur aqueuse et son élimination.

Ces lois méritent de fixer l'attention, et pour leur portée ophtalmologique, et pour les applications à en tirer au profit de la médecine générale, la dureté de l'œil permettant une appréciation de la tension sanguine.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 janvier 1894.

Infections salivaires.

MM. Claisse et Dupré. — Une série d'expériences, faites par nous en vue d'étudier les infections salivaires, nous ont donné des résultats en parfaite concordance avec l'analyse clinique et l'examen anatomo-pathologique. Nos essais ont porté d'abord sur la glande saine; que le canal excréteur soit sain ou lésé, nos injections de cultures microbiennes sont restées stériles. On peut donc conclure qu'il ne suffit par de la pénétration d'un microbe dans la glande pour avoir une lésion, mais lorsque l'organe est malade, l'infection réussit à chaque injection septique.

C'est à la glande qu'est dévolu le rôle de défense contre les invasions microbiennes Ce canal ne contient pas les glandes à mucus dont le rôle défensif a été bien mis en évidence par MM Wurtz et Lermoyez pour les infections nasales. La défense dans le canal se fait naturellement par l'écoulement constant de la salive, aussi la ligature du canal de Stenon a-t-elle, dans quelques expériences, favorisé l'infection. Sur ce point, encore, les infections salivaires se rapprochent des infections biliaires et urinaires. Nous avons ainsi mis en lumière l'explication des suppurations consécutives à l'obstruction des canaux excréteurs (compressions, calculs).

Des données concordantes de la clinique, de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation, nous déduisons les considérations générales suivantes : l'infection salivaire a presque toujours une origine buccale, une topographie canaliculaire, elle est secondaire à une déchéance fonctionnelle et anatomique du parenchyme; les bactéries ne pouvant séjourner dans les canaux et remonter vers la glande que lorsque celle-ci, dégénérée ne s'oppose plus par son fonctionnement aux migrations bactériennes.

Recherches bactériologiques sur les fausses membranes des syphilides diphtéroïdes.

MM. Hudelo et Bourges. — Deux cas jusqu'ici seulement ont fait l'objet de recherches bactériologiques : l'un a été publié par l'un de nous, M. Bourges, l'autre par M. Boulloche.

Dans ces deux cas, on avait trouvé à isoler le streptocoque pyogène. Aussi pouvait-on se demander si la fausse membrane était ici due constamment à ce microorganisme.

Dans quatre cas nouveaux, nous avons trouvé des microbes différents, deux fois le bacille d'Escherich, une fois le staphylococcus albus et une fois le streptocoque associé aux staphylocoques. La spécificité n'existe donc pas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 janvier 1894. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

M. Le Dentu. Lors de la dernière séance, M. Tuffier a lu à la Société un mémoire sur la néphrectotomie et l'hémostase provisoire au cours des interventions sur le rein. J'ai relevé à la lecture de cette pièce plusieurs points, sur lesquels je désire entretenir la Société. Il résulte du travail de M. Tuffier qu'il avait le premier expérimenté l'hémostase provisoire : d'abord sur le chien puis sur l'homme L'hémostase définitive par suture des valves rénales semblerait aussi lui appartenir.

Or je tiens à faire remarquer à la Société que je suis le premier à avoir fait l'hémostase par suture en plein parenchyme et cela trois mois exactement (18 février 1888) avant la première communication de M. Tuffier sur les réunions par première intention après suture du rein. L'observation est exposée dans mon traité : il s'agit d'une femme chez laquelle je fis d'abord une incision transversale du rein et du bassinet, puis au cours de l'opération je dus inciser le bord convexe. Je suturai le tout, et si la guérison demanda vingt-cinq jours c'est que la suture du bassinet céda, mais le rein cicatrisa parfaitement.

Un an plus tard, je fis une seconde fois cette opération : M. Tuffier m'avait d'ailleurs demandé d'y assister et si cette fois encore je fis la suture et l'hémostase, ce n'est pas la communication de M. Tuffier qui m'y engagea mais j'y fus poussé par le bon résultat de ma précédente opération.

Ces deux opérations ont été communiquées, la première à l'Académie, la seconde au Congrès de chirurgie en 1889.

Je réclame donc la priorité, puisque ma première opération est antérieure à la première communication de M. Tuffier.

Suite de la discusssion sur le **Traitement du prolapsus pelvien.**

M. Bouilly. — Je m'excuse presque de venir prolonger le débat, et de donner mon avis sur le traitement du prolapsus pelvien après tous ceux de mes collègues qui ont pour ainsi dire épuisé la discussion. Je viens seulement vous apporter les résultats de ma pratique personnelle, non pas sur l'hystérectomie, car je ne l'ai faite qu'une fois et par surprise. Il s'agissait d'une vieille femme, chez laquelle un examen incomplet m'avait fait croire à une hypertrophie sus-vaginale très considérable. Je décidai de lui appliquer l'opération d'Huguier avec colpopérinéorrhaphie. J'incisai sans le vouloir le cul-de-sac postérieur du vagin et fus surpris de trouver un utérus petit. Je pratiquai alors l'hystérectomie totale avec une facilité extrême. Voilà ma seule hystérectomie totale pour prolapsus. Je ne puis donc avoir d'expérience sur ce mode de traitement.

En revanche, j'ai la conviction que les opérations réparatrices s'adressant au col et au vagin, bien combinées et bien exécutées, sont parfaitement suffisantes.

Les cas où la descente pelvienne s'accompagne de fibromes, de lésions annexielles, doivent être écartés de la discussion, car dans ces cas, ce n'est pas au prolapsus qu'on a l'intention de s'adresser par l'intervention, mais à l'affection principale : la question est donc tout autre que dans les prolapsus simples.

Dans les cas ordinaires, le grand premier rôle dans la chute est dévolu aux parois vaginales et la preuve nous en est fournie par les excellents résultats des colporrhaphies et colpopérinéorrhaphies bien exécutées et précoces.

Lorsque j'ai affaire à cette variété, où domine l'allongement hypertrophique vaginal ou sus-vaginal du col, avec ou sans prolapsus du vagin, je m'adresse aux amputations du col suivies de colpopérinéorrhaphie. Je le répète, les résultats sont satisfaisants

si l'exécution est bonne. Pour ma part, j'ai fait 160 fois les colporrhaphies simples ou diversement combinées et mes résultats sont évidemment, bien supérieurs à mesure que je perfectionne mon mode opératoire

Je formulerais volontiers mon opinion en ces deux termes : rétrécir et fermer : rétrécir au point de mettre en contact les parois postérieure et antérieure du vagin; fermer le plus possible; l'orifice vagino-vulvaire. J'ajouterais, si je ne craignais d'abuser, une autre formule : il faut toujours, l'opération finie, sembler avoir trop fait, si on veut avoir fait assez

Je repousse, de parti pris, les opérations qui s'adressent directement et seulement à l'utérus, hystérectomie, hystéropexie; ce sont des opérations exceptionnelles, que je regretterais beaucoup de voir entrer dans la pratique courante, elles restent bonnes pour quelques cas tout exceptionnels, mais, dans la majorité des cas, elles sont hors de proportion avec l'importance de l'affection à traiter.

M. Pozzi. — Je suis absolument d'accord avec M. Bouilly, pour considérer les opérations s'adressant à l'utérus, comme des interventions exceptionnelles. Mais il y a pour les appliquer des cas exceptionnels. J'ai été surpris de voir, au début de cette discussion, présenter l'hystérectomie pour prolapsus, comme une opération nouvelle; cependant, depuis quatre ans, le mémoire de Robert Asch a réglé cette opération et l'a faite courante.

Je serai bref sur les indications : l'hystérectomie ne doit être proposée que si l'utérus prolabé ne peut être réduit ou maintenu, réduit d'une façon durable. L'hystérectomie est un élément accessoire du traitement. Elle a pour but de permettre une colpopérinéorrhaphie impossible avec un utérus irréductible. On agit alors avec l'utérus comme avec l'épiploon dans les hernies difficiles à réduire; on le supprime puisqu'il a perdu droit de domicile.

Ces cas se rapportent principalement aux allongements hypertrophiques du col; en effet, dans ces cas l'utérus est quelquefois réductible momentanément; le col hypertrophié s'est coudé sous l'effort de la main, mais il sort dès que celle-ci cesse d'agir.

Je suis d'avis de faire l'opération combinée en une seule fois, je fais des ligatures pour ne pas encombrer le vagin de pinces souvent très nombreuses. Fritsch faisait d'abord l'hystérectomie. Pour moi je commence par la colpectomie. Je dissèque un triangle sur chaque paroi vaginale de façon que leur base joigne le col utérin, e suture alors mes deux triangles par deux plans de fils, puis je fais l'hystérectomie : l'utérus extrait entraîne avec lui les deux lambeaux vaginaux, je termine par la colpopérinéorrhaphie.

La création d'une sangle, proposée par M. Quénu, est ingénieuse bien qu'un peu théorique, la nature se chargeant seule d'établir la cicatrisation solide et la suspension vaginale que vise son procédé. Un mot maintenant des contre-indications : elles semblent se réduire à deux, nous avons rarement occasion d'opérer avant la ménopause; ce qu'il faut surtout surveiller c'est la débilité sénile exagérée et les affections cardio-pulmonaires et rénales. Les trois premières opérations de ce genre que j'ai faites, resterent incomplètes et je ne pus faire l'intervention complète en une seule séance.

La dernière opérée, je vous l'ai présentée, il y a quinze jours complètement guérie trois semaines après l'intervention, et vous vous souvenez qu'on sentait au fond du vagin, un noyau très résistant.

M. Picqué. — La consultation du Bureau central m'a fourni l'occasion de voir un grand nombre de femmes âgées, atteintes de prolapsus non opérés ou récidivants. Dans ces cas, le prolapsus est une hernie de faiblesse, contre laquelle l'hystérectomie n'est qu'un palliatif.

D'autre part, l'hystéropexie fait bien adhérer l'utérus à la paroi, mais il se fait un tiraillement qui entraîne utérus et paroi.

L'opération qui me semble préférable dans ces cas, est l'opération d'Alquié-Alexander, avec résection du ligament sur une assez grande longueur.

M. Chaput. — Il y a lieu d'établir des degrés dans le prolapsus. Les types peu accentués seraient justiciables de l'amputation du col.

L'hystéropexie s'adresse à des formes plus graves.

L'hystérectomie est trop grave pour être un traitement de choix; l'amputation du col avec colpectomie et colpopérinéorrhaphie me semble remplir les indications.

M. Desprès. — Toutes ces opérations sont insuffisantes et toutes échouent. Je leur préfère, sauf les cas d'irréductibilité, la ceinture abdominable de Récamier avec pelote périnéale.

R. Marmasse.

LES LIVRES

Société d'Editions scientifiques, place de l'École-de-Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Contribution à l'étude de l'action physiologique de la cocaïne, par Georges Viau, professeur de clinique de l'École dentaire de Paris, président de la Société d'odontologie.

Esquisses d'hydrologie clinique : « Hunyadi-Janos », par le Dr Monin, secrétaire général de la Société française d'hygiène.

Variétés cliniques et pathogénie des endocardites infectieuses, par le Dr Arsène Pineau, ancien interne des hôpitaux de Paris.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 5 FÉVRIER AU 10 FÉVRIER 1894.

A. — Examens.

Lundi 5. — Pas d'actes.

Mardi 6. — Pas d'actes.

Mercredi 7. — *Médecine opératoire.* MM. Terrier, Poirier, Sebileau. — *Physiologie.* MM. Ch. Richet, Dejerine, Retterer. — *Censeur.* M. Baillon. — *Pathologie externe.* MM. Ricard, Delbet, Varnier. — *Thérapeutique et médecine légale.* MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — *Sages-femmes* (1re classe). MM. Farabeuf, Pinard, Villejean. — *Suppléant.* M. Chauffard. — *Clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu). MM. Tillaux, Lejars, Jalaguier. — *Censeur.* M. Fournier. — *Clinique médicale* (Hôtel-Dieu). MM. Hayem, Strauss, Letulle — *Suppléant.* M. Brissaud.

Jeudi 8. — *Médecine opératoire.* MM. Duplay, Schwartz, Poirier. — *Physiologie.* MM. Mathias Duval, Gley, Ménétrier. — *Censeur.* M. Cornil. — *Pathologie interne.* MM. Debove, Joffroy, Chantemesse. — *Suppléant.* M. Roger.

Vendredi 9. — *Pathologie interne.* MM. Ch. Richet, Brissaud, Marie. — *Censeur.* M. Straus. — *Anatomie et histologie.* MM. Farabeuf, Retterer, Poirier. — *Suppléant.* M. Dejerine. — *Clinique chirurgicale* (Charité 1re série). MM. Tillaux, Lejars, Jalaguier. — *Clinique chirurgicale* (Charité, 2e série). MM. Terrier, Pinard, Tuffier. — *Clinique médicale* (Charité, 2e série). MM. Potain, Landouzy, Chauffard. — *Censeur et suppléant:* MM. Hayem, Gaucher. — *Clinique obstétricale* (clinique Baudelocque). MM. Pinard, Ribemont, Varnier. — *Suppléant.* M. Jalaguier.

Samedi 10. — *Anatomie et Physiologie.* MM. Mathias Duval, Quénu, Poirier. — *Pathologie externe* 1re série). MM. Panas, Schwartz, Maygrier. — *Pathologie externe* (2e série). MM. Tarnier, Duplay, Brun. — *Pathologie interne.* MM. Debove, Ballet, Gilbert. — *Censeur et suppléant.* MM. Laboulbène, Heim. — *Clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu). MM. Le Dentu, Nélaton, Albarran. — *Clinique médicale* (Hôtel-Dieu). MM. Cornil, Marfan, Letulle. — *Censeur et suppléant.* MM. Joffroy, Ballet.

B. — Thèses.

Jeudi 8. — *M. Ardillaux :* Contribution à l'étude clinique de la septicémie aiguë gazeuse. MM. Guyon, Tarnier, Bar, Albarran.

M. Poirier : De la rétention partielle du placenta après l'accouchement. — MM. Tarnier, Guyon, Bar, Albarran.

M. Bergeron : Des dermopathies blennorrhagiques. MM. Laboulbène, Jaccoud, Ballet, Marfan.

M. Bisseré : Étude des différents modes de propagation du bacille tétanique. — MM. Laboulbène, Jaccoud, Ballet, Marfan.

M. Vlantassopoulo : Contribution à l'étude de l'hérédité dans l'hémorrhagie cérébrale. — MM. Jaccoud, Laboulbène, Ballet, Marfan.

M. Jeulin : Etude sur les corps étrangers intraoculaires et sur l'ophtalmie sympathique consécutive. — MM. Panas, Le Dentu, Brun, Sebileau.

M. Cuenod : Bactériologie et parasitologie clinique des paupières. — MM. Panas, Le Dentu, Brun, Sebileau.

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 6 — 10 février 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

HOPITAL LARIBOISIÈRE

CLINIQUE DES MALADIES DE LA GORGE ET DU NEZ

Leçons du Dr Gouguenheim,

Recueillies et rédigées par M. Estradaut, *interne du service.*

Amygdalite phlegmoneuse suppurée.

De toutes les amygdalites aiguës l'affection dont nous allons nous occuper aujourd'hui est, après l'amygdalite catarrhale superficielle, la plus commune. Je la désignerai sous le nom d'amygdalite phlegmoneuse suppurée, parce que c'est toujours une forme suppurée que nous observons. L'amygdalite catarrhale crypto-folliculaire est bien le siège d'un travail phlegmasique constant, mais, c'est un phlegmon qui se résout.

L'amygdalite phlegmoneuse suppurée présente un tableau symptomatique tout différent qui la sépare bien nettement de l'amygdalite aiguë ordinaire.

Cette affection a été très bien décrite par Lasègue, dans son Traité des angines qui la divisait en deux variétés cliniques bien distinctes :

1° L'amygdalite phlegmoneuse proprement dite ;

2° La péri-amygdalite phlegmoneuse, c'est-à-dire une inflammation extra ou juxta-amygdalienne. Lasègue avait fait dans ce cas une division que les auteurs classiques font pour les adénites aiguës, mais, si l'amygdale présente la même constitution anatomique qu'un ganglion, c'est-à-dire est formée de tissu lymphoïde, elle en diffère par ce fait qu'elle renferme en plus les cryptes où les microbes pathogènes se cultivent et pullulent à l'infini, d'où une cause d'inflammation qui fait défaut dans les adénites aiguës ordinaires.

Aussi, ce rapprochement entre les amygdalites et les adénites, basé sur une analogie de tissu, pèche-t-il sérieusement.

Au reste, cette division de Lasègue en phlegmon intra-amygdalien et péri-amygdalien est-elle justifiée cliniquement? M. Ruault, dans le Traité récent de médecine, admet aussi cette division, de même M. Broca, dans le Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. Je serais cependant tenté de ne pas adhérer à cette opinion classique et de croire que la variété que Lasègue a appelée angine phlegmoneuse intra-amygdalienne ne serait guère qu'une complication peu commune de l'amygdalite superficielle aiguë, et ce serait peut-être l'explication de la rareté admise par lui de l'amygdalite phlegmoneuse suppurée parenchymateuse. Pour cet auteur, la variété la plus commune aurait son siège en dehors de l'amygdale, dans la loge amygdalienne ; cette opinion aurait alors des conséquences thérapeutiques que nous discuterons plus loin.

Les autopsies sont rares dans une maladie qui n'est pas mortelle, et par conséquent rares aussi, ont été les occasions de démontrer le siège anatomique de l'angine phlegmoneuse suppurée, et, on peut conclure que l'anatomie pathologique n'a pu sérieusement démontrer l'existence d'un phlegmon développé autour de l'amygdale. Mieux que cela ! il existe dans la science de très rares autopsies qui ont, au contraire, démontré l'existence du phlegmon intra-amygdalien : l'anatomie pathologique n'est donc pas en conformité avec cette division, du moins l'anatomie pathologique, autant qu'on a pu la faire, puisque, je le répète, on ne meurt guère de cette affection. M. Ruault a défendu pourtant cette division de Lasègue sur le siège de la suppuration. Il a affirmé que le pus siège entre l'amygdale et les parois de la loge amygdalienne, et que c'est secondairement qu'il peut pénétrer dans l'amygdale et en sortir. Cette opinion, n'est pas exacte à mon avis. Je ne nie pas, certes, que le pus puisse sortir quelquefois entre l'amygdale et la loge amygdalienne, mais le plus habituellement il sort de l'amygdale elle-même.

Chez les nombreux malades que j'ai observés, j'ai presque toujours, en pressant sur l'amygdale, fait sourdre le pus de l'intérieur de l'amygdale même, et il est facile, par ce petit procédé de retrouver presque constamment l'orifice de sortie à la surface de la glande.

D'après M. Ruault, ai-je dit, le pus peut bien sortir de l'amygdale, mais après avoir perforé la tunique externe de l'amygdale. Je ne puis évidemment pas m'élever absolument contre cette manière de voir, facile à affirmer mais difficile à prouver, mais j'inclinerai à croire que cette opinion est bien aventurée. Ainsi donc, à mon avis, cette division de Lasègue adoptée par M. Ruault, repose sur une conception, théorique et non sur l'observation irréfutable ; je n'accepte donc que comme exceptionnel ce siège extra-amygdalien de l'abcès de la gorge et je crois au contraire, que c'est l'amygdale qui est le siège de la suppuration et que c'est d'elle que vient le pus qui s'y amasserait jusqu'à ce qu'il se soit fait jour dans les lacunes de la glande. J'affirme cette opinion, parce que, je le repète, j'ai le plus souvent constaté l'orifice de sortie du pus sur l'amygdale même et que rarement je l'ai vu sortir entre la glande et le pilier

antérieur, et que je l'y ai cherché en vain le plus souvent, en me conformant aux indications de Ruault.

Je ne décrirai donc qu'une forme, l'amygdalite phlegmoneuse suppurée, sans autre division.

Dans le *Traité de chirurgie*, je l'ai dit déjà, la division de Lasègue et Ruault est également adoptée et reconnue comme classique et pourtant M. Broca, l'auteur de l'article, reconnaît que les amygdales phlegmoneuses parenchymateuses sont seules prouvées par l'anatomie.

Cette discussion n'est pas purement académique, elle a son importance pour la thérapeutique puisque cette erreur d'appréciation pourra vous amener à chercher le pus là où il n'est pas, et, j'ai, disons-le encore, cherché assez souvent en dehors de l'amygdale sans y réussir, pour vous prévenir que ce mode d'intervention vous donnera le plus souvent des déceptions, et si le hasard vous permettait de trouver le pus entre l'amygdale et le pilier antérieur, ce ne serait pas encore une raison d'affirmer le siége existant de la suppuration en dehors de l'amygdale.

Nous ne décrirons donc qu'une seule variété d'amygdalite phlegmoneuse suppurée, celle qui a pour siége primitif l'amygdale.

Cette amygdalite phlegmoneuse suppurée débute un peu comme toutes les angines aiguës. Ce sont de la cephalalgie, de la courbature, de la fièvre ; t., 38 à 39°, qui s'élève un peu au moment de la suppuration. Dire cependant que cette fièvre coïncide avec la suppuration n'est pas exact car la suppuration s'établit presque, dès le début de l'affection. Il n'y a pas ordinairement de frisson à moins que l'abcès amygdalien ne coïncide avec des complications viscérales : le plus souvent la fièvre est modérée et continue.

Ce qui caractérise l'amygdalite phlegmoneuse ce sont les signes objectifs. Les deux amygdales et le voile du palais sont rouges, tuméfiés légèrement, tout à fait au début, mais il se produit très vite un œdème du voile du palais qui peut être considérable et cet œdème est surtout accusé d'un côté. C'est qu'en effet l'amygdalite phlegmoneuse suppurée est habituellement unilatérale. Aussi quand vous verrez un œdème et un gonflement considérable localisés à un côté du voile du palais et à une amygdale, pourrez-vous pronostiquer l'existence d'une amygdale phlegmoneuse suppurée et annoncer que cette affection gutturale aura une durée plus longue que l'amygdalite catarrhale aiguë, durée qui sera rarement moindre de huit à dix jours. Le voile du palais est à peu près immobilisé, il ne s'élève pas ou très peu dans les mouvements de déglutition.

Ceux-ci seront très gênés. Le malade se présentera avec un aspect presque caractéristique, il aura de la peine à avaler sa salive qui s'écoulera continuellement au dehors. La bouche remplie de mucosités est entrouverte. L'accumulation de ces mucosités obstruant l'isthme du gosier, les malades seront souvent obligés de s'asseoir dans leur lit pour faciliter leur expulsion. L'amygdale du côté atteint, les piliers et le voile du palais sont recouverts de ces mucosités; aussi l'amygdale, par suite du gonflement énorme du voile du palais et de l'abondance des mucosités qui tapissent la gorge et l'arrière-gorge, et de la difficulté d'ouvrir largement la bouche, par suite de la contracture musculaire, sera-t-elle souvent très difficile à voir.

Les auteurs précédemment signalés prétendent que dans ce qu'ils appellent le phlegmon juxta-pharyngien, l'amygdale est repoussée sur la ligne médiane. Ce n'est pas toujours exact, à moins que la glande ne soit hypertrophiée. L'amygdale est plutôt masquée par l'œdème des piliers et du voile, elle n'est pas repoussée en réalité. Aussi l'aperçoit-on beaucoup moins bien que dans l'angine catarrhale superficielle, où elle est bien en évidence.

La *voix* présente des altérations bien plus prononcées que dans l'amygdalite catarrhale, c'est la voix amygdalienne, presque caractéristique, de sorte que quand vous observez le malade pour la première fois, la voix et l'attitude de la tête du patient permettent de faire le diagnostic d'emblée. L'attitude de la tête est très caractéristique, le malade ne peut tourner la tête du côté atteint, il est obligé de la tenir basse pour laisser écouler la salive. L'insomnie est continuelle.

La *douleur* devient de plus en plus lancinante et elle est quelquefois si vive pendant la déglutition, qu'il y a impossibilité d'écarter les mâchoires, ce qui rend la sortie des mucosités et de la salive encore plus difficile, et l'examen de la gorge particulièrement pénible. On arrive donc très difficilement à ouvrir la bouche et pourtant les auteurs classiques disent qu'en introduisant un ou deux doigts au fond de la gorge et appliquant l'autre main à l'angle de la mâchoire, on peut constater la fluctuation et percevoir l'existence de la collection entre le pillier antérieur et la glande. C'est un signe dont on a prétendu se servir pour défendre la théorie classique, mais, en pratique, cet examen est le plus souvent impraticable en raison de la difficulté d'ouvrir la bouche et de la contracture des mâchoires qui se prononcera d'autant plus facilement qu'on prolongera l'examen; pourtant chez des sujets moins fortement atteints, on ne tardera pas à observer une petite partie de l'amygdale distendue et présentant une certaine transparence jaunâtre. Mais cet indice de la présence du pus ne sera pas toujours si facilement aperçu et chez nombre de malades, le point de maturité de l'abcès ne pourra être constaté, car ce point peut exister en des endroits inaccessibles à la vue.

Au bout d'une semaine environ, l'abcès s'ouvre au dehors. Il s'écoule d'abord un peu de sang, puis du pus sanguinolent et fétide en faible abondance. Le malade se trouve aussitôt soulagé. L'œdème disparaît, l'amygdale apparaît alors à la vue et c'est à ce moment qu'on peut, à l'aide de pression à sa surface, faites au moyen d'un stylet ou de l'abaisse-langue, voir sourdre le pus par un petit orifice. La fièvre tombe et au bout de dix à quinze jours au plus la guérison est complète. Dès que l'abcès s'est ouvert, le malade ne rentre pas tout à fait dans l'état normal, car toutes ces mucosités qui tombent en grande partie dans l'estomac, ne sont pas sans déterminer un état de gastricité pendant quelques jours.

Il peut survenir des *complications*, mais elles sont très rares. On ne meurt presque jamais d'une amygdalite phlegmoneuse suppurée, à moins qu'elle ne coïncide avec des inflammations viscérales, pneumonie, endocardite, etc. Je ne parlerai pas, comme complication, de la présence de l'albumine dans les urines, car elle se présente constamment dans la plupart des angines aiguës, mais elle n'est que passagère. La gangrène et le sphacèle sont très rares. Quand les complications apparaissent, elles sont causées par un état grave ou une dépréciation excessive de l'économie par fatigue ou excès de toute sorte, diabète, albuminurie, puerpuéralité ; on a parlé de l'œdème de la glotte comme complication de l'amygdalite phlegmoneuse suppurée; je ne nie pas qu'il puisse se montrer, mais c'est exceptionnel, car j'ai examiné un grand nombre de malades, pour constater l'état des parties sous-jacentes et je n'ai jamais rien constaté de pareil pour ma part. Il est encore d'autres complications décrites par les auteurs classiques. C'est l'ulcération des vaisseaux ; certes, c'est une complication possible s'il y a du sphacèle, mais qu'on ne trouve guère que lorsqu'il s'agit d'une autre affection telle que l'abcès latéro-pharyngien, dont je vous parlerai la prochaine fois ; considérez donc l'hémorrhagie dans l'amygdalite phlegmoneuse suppurée, comme une complication tres rare. Il y en a une toutefois qui a été signalée et qui semble être acceptée par divers auteurs. C'est la chronicité des abcès de l'amygdale. Ces abcès chroniques de l'mygdale ont été décrits par Ruault, par Garel (de Lyon), abcès qui n'auraient

pu être guéris qu'après de grands débridements et un traitement topique spécial. Pour ma part je n'ai jamais vu d'abcès de l'amygdale devenir chroniques et je crois que c'est une complication très rare. J'ai cru à un moment en avoir trouvé un cas. C'était une femme qui venait, il y a deux ans, avec des abcès de l'amygdale à répétition c'est-à-dire avec une suppuration sortant fréquemment d'une amygdale hypertrophiée et altérée. J'ai de suite imité mes confrères; débridements,cautérisations, grattages: mon interne, qui soupçonnait la syphilis donna, sans me prévenir, l'iodure de potassium et la maladie guérit comme par enchantement. Méfiez-vous en conséquence des abcès chroniques de l'amygdale qui peuvent être des gommes ulcérées.

Le diagnostic de l'amygdalite phlegmoneuse suppurée se fondant sur le gonflement, l'œdème des parties, l'exagération des troubles de la déglutition et de la voix, l'unilatéralité, l'existence d'une adénite des ganglions de l'angle de la machoire, sera en général aisé. Il est une malade avec laquelle on pourra la confondre c'est avec la gomme de l'amygdale. Mais celle-ci est une affection chronique, non aiguë, non fébrile, et qui ne s'accompagne pas ordinairement de manifestations ganglionnaires.

Mais il y a une autre affection que je vous décrirai dans ma prochaine leçon et qui simule singulièrement celle que je viens de décrire, je veux parler de l'abcès latéro-rétro-pharyngien; mais ici l'œdème des parties antérieures n'existe pas ou à peine, c'est en arrière de l'amygdale que se produit la tuméfaction, en arrière des piliers postérieurs, et la durée est beaucoup plus longue; de plus cette affection est toujours accompagnée d'une énorme adénopathie sous-angulo maxillaire qui n'existe presque jamais à ce degré dans l'angine phlegmoneuse suppurée.

Traitement. — Ne vous hâtez pas d'intervenir, car le malade est rarement en danger par le fait de son affection et votre intervention serait inefficace pendant un certain temps; de plus le point où devra porter l'ouverture sera très variable et par conséquent difficile à trouver.

On ne réussirait, en intervenant trop tôt, qu'à faire des tentatives inutiles et qui ne sont pas sans inconvénient. Je suis donc partisan de la non intervention à moins qu'on ne découvre cette partie distendue, ce point transparent et jaunâtre, qui indiquent le siège du pus. Il convient donc de ne pas se laisser entraîner à la recherche du pus dont le siège n'est pas toujours facile à préciser. M. Ruault dit que le pus se fait jour entre le pilier antérieur et l'amygdale. S'il en était toujours ainsi, ce serait très simple. Mais c'est parce que j'ai échoué souvent en intervenant de ce côté,que les tentatives d'ouverture prématurée de l'abcès m'ont donné des déceptions qui ne sont pas sans inconvénients, tout au moins dans la clientèle privée, que je ne puis accepter l'opinion de M. Ruault.

Que faut-il faire cependant? car nous sommes en présence de malades qui souffrent énormément et veulent être soulagés. Pour calmer ces souffrances, je vous conseille d'appliquer autour du cou, non des vessies de glace comme on l'a recommandé,mais de petits tuyaux en plomb, dans lesquels on fera circuler de l'eau froide, ce sont les tubes de Leiter, que j'ai vu appliquer avec succès à l'étranger, en Angleterre et en Allemagne.

S'il y a de l'adénite, on fera appliquer des cataplasmes très chauds arrosés de laudanum. Servez-vous de douches pharyngiennes, d'eau tiède boriquée, au moyen du siphon de Weber, irriguez les fosses nasales au moyen de l'eau tiède boriquée, pour les débarrasser des mucosités qui les remplissent.

Intérieurement, donnez du salol, non pour combattre la douleur contre laquelle vous échoueriez, mais comme antiseptique intestinal, vous savez que l'estomac et l'intestin sont souillés pendant la période morbide par les liquides septiques qui se sont écoulés par l'œsophage, c'est peut-être la raison de l'indication du salol ou du napthtol dans ces circonstances. Dès que l'abcès sera ouvert, donnez donc le salol à la dose de 2 grammes pendant quelques jours.

On a encore recommandé l'administration de vomitifs qui sont, à mon avis, une mauvaise médication, car tant que le pus n'est pas rapproché de la surface de l'amygdale, le vomitif ne saurait le faire évacuer.

Contre la douleur, vous pourrez encore essayer sur la gorge, les badigeonnages à la cocaïne au 1/5e et même au 1/3. On pourra encore appliquer à l'angle de la mâchoire, des sangsues, mais leur action très hypothétique ne saurait légitimer les cicatrices que laissent ces applications.

En somme, l'angine phlegmoneuse suppurée est une maladie qui guérit spontanément et, par ce fait seul,qui vous interdit des interventions trop hâtives, quelquefois nuisibles, et ne sauraient légitimer que les quelques indications thérapeutiques anodines que j'ai eu l'honneur de développer devant vous.

REVUE MÉDICALE

Le diabète. — Sa fréquence, ses formes, son pronostic, son traitement. Traumatismes des diabétiques. Albuminurie phosphoturique du Dr A. Robin.

Si l'on cherche quels sont, parmi les documents d'ordre médical parus dans ces dernières semaines, ceux qui présentent le plus d'intérêt, on est amené à mettre en première ligne les communications de MM. Worms et A. Robin. La première se rapporte à certaines formes de diabète sucré encore peu connu; la seconde vise un sujet également peu exploré, savoir l'étude des albuminuries dites phosphaturiques, avec essai de classification et traitement. Dans les deux cas, il s'agit de maladies de la nutrition, c'est-à-dire de maladies faisant partie de ce groupe nosologique dont les travaux de Bouchard ont montré toute l'importance. Entre les deux ordres de faits que ces communications visent respectivement, il y a, en effet, plus d'un point de contact, et le parallèle que l'on pourrait en faire ne saurait manquer d'être instructif. On peut donc les faire figurer l'un à côté l'un de l'autre dans une revue d'ensemble, en laissant au lecteur le soin de tirer telle conclusion qu'il croira légitime de cette sorte d'examen critique.

En premier lieu, c'est M. Worms qui nous a fait connaître, à propos du diabète, de sa fréquence, de ses diverses manifestations cliniques, de sa gravité, les résultats d'une expérience qui depuis longtemps déjà s'exerce sur un champ extrêmement étendu. C'est d'abord la grande fréquence de la maladie qui a frappé son attention. On pourrait l'interpréter dans le sens d'accroissement réel, mais on doit se demander si l'observateur ici ne serait pas dupe d'une illusion, et s'il ne convient pas de reporter une part de cette augmentation apparente aux progrès de la clinique et au perfectionnement des moyens d'investigation qui nous permettent de dépister la maladie là où nos prédécesseurs eussent été forcés de la méconnaître. Toujours est-il que celle-ci se présente chez certains sujets sous une forme latente et insidieuse qui explique très bien pourquoi elle reste souvent inaperçue, nul symptôme bruyant ne venant attirer l'attention. Ce sont précisément les cas de ce genre que M. Worms a voulu mettre en relief en laissant voir l'intérêt supérieur qu'il y aurait pour le médecin à les découvrir de bonne heure, et à détourner ainsi une source de dangers toujours menaçants. En ce qui concerne ces formes latentes, il a pu établir trois catégories, ou si l'on veut, il a pu distinguer trois types, suivant que la glycosurie est réductible et irréductible, qu'elle est fixe, constante ou pério-

dique. Cette division paraîtra peut-être un peu factice, néanmoins elle est utile en ce sens qu'elle a pour effet de rompre l'uniformité des descriptions classiques jusqu'ici appliquées uniformément à tous les diabétiques, sans souci des variétés et des nuances.

Un même pronostic est-il applicable à ces trois groupes de faits? Il est difficile de formuler ici une réponse précise: mais on peut dire en passant que l'irréductibité, si longtemps considérée comme un caractère fâcheux, ne mérite pas toujours ce jugement. D'ailleurs elle peut être relative, c'est-à-dire subordonnée à certaines influences éventuelles, comme celle des émotions morales, ou de l'intervention d'un régime opportun. Le diabète périodique, sur lequel on a tant discuté, n'est peut-être lui-même qu'une forme latente à réductibilité facile. Il reste à savoir si la réductibilité doit s'entendre dans le sens d'intermittence vraie, de périodicité proprement dite. Mais M. Worms a écarté cette question, pourtant si importante à résoudre. Jusqu'à plus ample informé, on est autorisé à croire que, dans les faits groupés sous ce nom, il s'agit simplement d'une glycosurie transitoire, d'origine nerveuse, affection très différente de cette dystrophie intime, de cette maladie *totius substantiæ* qui s'appelle le diabète. On peut invoquer, à l'appui de cette opinion, ce fait que les émotions morales paraissent avoir ici une part prépondérante, fait qui cadre bien avec l'étiologie classique des glycosuries, pour lesquelles on admet généralement une cause purement nerveuse ou bulbaire. Si cette opinion est exacte, il faudra mettre ces faits de glycosurie intermittente en dehors du diabète vrai, avec lesquels ils n'offrent qu'un simple rapport de similitude.

Ce qui est bien établi, c'est que le diabète peut durer fort longtemps, des années, en restant compatible avec un état de santé très satisfaisant. M. Worms s'est préoccupé de cette longévité, il a cherché à en pénétrer les causes, à en déterminer les conditions. Ici beaucoup d'obscurité, et des inconnues qu'il ne sera pas facile de résoudre. Il y a des faits paradoxaux, comme celui du diabétique qui émet du sucre après avoir mangé des poires, et qui n'en présente aucune trace quand il a consommé des pommes. Au point de vue thérapeutique, ces nuances n'en sont pas moins d'un intérêt majeur, parce qu'elles nous font pressentir les inconvénients d'un régime uniforme appliqué indifféremment à tous les diabétiques. M. Worms s'est attaché à montrer combien il importe d'en tenir compte en pratique, si on veut s'assurer le bénéfice de cette longévité qui paraît être pour une bonne part le résultat de la coopération intelligente du malade et du médecin. Il recommande en particulier de laisser à chaque diabétique le soin de déterminer ce qu'il peut manger sans faire de sucre, quitte à tolérer la persistance d'un faible degré de glycosurie, si le régime provoque le dégoût et si le poids du corps diminue. Cette manière de faire paraît avoir en plus le mérite d'éloigner les chances de coma diabétique, cette redoutable éventualité qui rend si aléatoire l'avenir des glycosuriques astreints à un régime azoté trop sévère. En regard de ces prescriptions diététiques, peu de médicaments: les alcalins qui activent certainement la combustion du sucre urinaire, et le sulfate de quinine, dans lequel M. Worms paraît avoir une confiance entière, absolue. Telles sont dans leurs grandes lignes, les idées qui se dégagent d'une expérience déjà longue et particulièrement autorisée. Les praticiens devront en faire leur profit, s'ils veulent apprendre à manier le diabète, à ne pas perdre l'espoir en face d'une maladie à laquelle nos ancêtres appliquaient un pronostic invariablement mortel. A ce dernier point de vue, dit M. Worms, l'exemple de ceux qui ont su se défendre est plein d'enseignements. Il appartient au médecin d'utiliser ceux-ci, de façon à diminuer le nombre des aléas qui pèsent sur le diabétique, et à lui permettre de garder son rang dans cette lutte pour la vie qui paraît être une des nécessités inéluctables de la Société moderne.

— Par une coïncidence heureuse, c'est encore le diabète qui a fait les frais d'un débat devant la Société de médecine et de chirurgie pratique, sous forme d'une intéressante communication de M. Reynier, chirurgien des hôpitaux. Notre confrère a traité la question à un point de vue très spécial, celui de la gravité des traumatismes chez les diabétiques. Ce simple énoncé évoquera le souvenir de bien des polémiques, il rappellera les discussions qui ont eu lieu entre médecins et chirurgiens concernant un point de pratique assurément difficile à résoudre. M. Reynier a repris la question d'une manière différente, en cherchant à discerner quelles sont, parmi les variétés de diabète, celles qui justifient les craintes des praticiens au sujet des dangers de l'intervention opératoire. Evidemment, l'opinion ancienne qui faisait de tout diabétique un *noli me tangere*, est une opinion sujette à revision dans ce qu'elle peut avoir de trop systématique et d'uniforme. Il doit y avoir des catégories de malades plus vulnérables que d'autres, des cas justiciables, dans cet ordre d'idées, d'un pronostic plus réservé. M. Reynier a reconnu que ces cas se rapportent particulièrement au diabète nerveux, puis au diabète pancréatique, cette variété dont Lancereaux nous a fait connaître la rapidité d'évolution et l'habituelle gravité. Il insiste à ce propos sur un signe dont il a pu apprécier l'importance: la diminution et la disparition des réflexes normaux. La constatation de ce fait peut, suivant lui, servir d'étiage à la gravité du diabète: dans tous les cas, il suffit à contre-indiquer l'intervention opératoire, si minime qu'elle puisse être. Voilà un premier précepte, mais il y en a d'autres.

C'est d'abord la nécessité d'une propreté rigoureuse en matière de pansements chez tous les diabétiques, même chez ceux qui ont conservé leurs reflexes. On fera de l'asepsie de préférence à l'antisepsie, parce que celle-ci implique l'emploi de substances plus ou moins irritantes, dont l'action vis-à-vis des tissus ne peut être suffisamment graduée. C'est encore ici une des indications les plus précises des pansements rares, espacés. Toutes ces données ressortent de l'examen d'un tableau statistique cité à l'appui, et dans lequel M. Reynier a consigné les cas de diabète soignés par lui dans un espace de temps déterminé. Les conclusions que l'on peut tirer de ce tableau sont un argument formel contre l'opportunité de l'intervention chez certaines catégories de diabétiques, et principalement chez ceux que la disparition préalable de leurs réflexes pouvait faire envisager par avance comme particulièrement vulnérables.

— Avec M. A. Robin, nous entrons dans une voie un peu différente, bien que le sujet qu'il a cru devoir choisir se rattache au précédent par certains traits communs. C'est encore, et au premier chef, d'une maladie de la nutrition qu'il s'agit, d'un de ces états pathologiques à l'origine desquels on ne trouve pas d'altération organique définie, et qui semblent plutôt procéder d'une déviation, d'une modalité anormale des phénomènes encore si peu connus qui se passent dans l'intimité des tissus. On peut dire de ce genre de maladies qu'elles sont d'origine essentielle, en ce sens que le trouble de la fonction y devance visiblement la lésion matérielle, laquelle ne vient qu'au second rang dans cette sorte de succession pathologique. C'est précisément ce que l'on constate pour le diabète, véritable maladie générale dans laquelle la déperdition du sucre est le phénomène qui, habituellement, précède les autres, réputés accidents ou simples complications.

Dans la communication qu'il a développée avec sa compétence achevée, M. A. Robin a donc fait connaître une nouvelle forme clinique de ces perversions nutritives dont nous commençons à entrevoir l'importance depuis les travaux de Bou-

chard. Il a montré qu'il existe une variété d'albuminurie caractérisée par une dénutrition minérale active et par une élimination anormale des phosphates de l'organisme : dénutrition engendrée elle-même par certaines causes organiques ou humorales. Mais la symptomatologie créée de toutes pièces par cet état de chose anormal n'est pas toujours identique à elle-même. Il y a des modalités diverses, très importantes, et telles qu'elles pourront au besoin simuler des affections d'un ordre en apparence très différent, comme l'albuminurie essentielle, la maladie de Bright, la neurasthénie, etc.

Ici un examen approfondi des urines sera nécessaire si l'on veut découvrir la cause d'un état que, sans cette enquête préalable, on est exposé fatalement à interpréter d'une façon erronée, et à traiter par des moyens qui amènent une fâcheuse aggravation. Mais toutes les formes cliniques de la maladie sont reliées par un fait commun, par un trouble de la nutrition, semblable, quant au fond, dans tous les cas. Dans l'étiologie, très complexe, on retrouve le surmenage nerveux comme un des facteurs principaux, peut-être le plus important. Le syndrome ainsi constitué, avec une étiologie bien limitée, devient le point de départ d'indications précises, parmi lesquelles le souci de diminuer la désintégration azotée et phosphorique, de combattre la destruction des hématies et de favoriser les oxydations, devra être la préoccupation dominante. Pour satisfaire à ces indications, on a l'ensemble des moyens empruntés à l'hygiène, comme les modifications du genre de vie, l'alimentation spéciale dans le but de remédier aux pertes en phosphore, etc. Telle est, dans ses grandes lignes, l'esquisse du nouvel ordre de faits que M. Robin. nous a fait connaître.

Quel que soit l'avenir réservé à cette conception, qui marque peut-être une ère nouvelle dans l'histoire des albuminuries, nous y relèverons dès à présent certaines données qui nous paraissent exactes, en tout cas neuves et originales. D'abord, la valeur séméiologique de l'albuminurie s'en trouve modifiée sensiblement, attendu que le phénomène lui-même ne nous apparaît plus que comme un effet, non comme une cause. Puis la signification du mot neurasthénie est aussi déviée de sa compréhension primitive, et l'état qu'il sert à désigner est désormais transféré du domaine des affections purement nerveuses sur le terrain plus solide des maladies de la nutrition. Enfin, ce qu'il faut faut retenir surtout, c'est cette grande notion de la prépondérance des troubles de la fonction, de la perversion nutritive originelle, sur les lésions d'ordre purement matériel. Dans le travail de M. A. Robin, c'est peut-être cette notion qui représente le fait capital, car elle ouvre des horizons au delà desquels on peut entrevoir une réforme radicale des errements consacrés par le temps et par la routine. C'est vraisemblablement dans cet ordre d'idées que son intéressante communication pourra être appelée à marquer une date, au point de vue de l'histoire encore si imparfaite de nos connaissances en matière de maladies de la nutrition.

P. MUSELIER.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Ablation de végétations adénoïdes.

Par M. RIPAULT,
Interne des hôpitaux.

L'étude des végétations adénoïdes a pris, à juste titre, une importance considérable, tant à cause de leur fréquence que des troubles graves qu'elles provoquent.

Le diagnostic exact conduit aussitôt à un traitement simple et des plus efficaces cependant : leur ablation, c'est ce traitement dont nous allons indiquer le manuel opératoire, à la portée de tous.

Le toucher pharyngien a permis d'affirmer l'existence de végétations, devra-t-on les opérer de suite, on en quelque sorte préparer le terrain, en traitant la rhino pharyngite concomitante ?

Ici, les avis sont partagés ; suivant les cas, en effet, il peut y avoir urgence à opérer immédiatement; sinon, et le plus habituellement, le traitement préparatoire sera un bien utile adjuvant ; en quoi consiste-t-il ? Nous avons à notre disposition dans les irrigations boriquées tièdes, pratiquées quotidiennement dans les fosses nasales avec le siphon de Weber, un moyen des plus pratiques ; mais ici, disons-le bien, l'obstruction nasale, et la fréquence, l'imminence des complications auriculaires, obligent à de grandes précautions, et à des indications bien précises vis-à-vis des parents ; aussi, d'autres rhinologistes introduisent-ils chaque jour, de préférence, un pinceau largement enduit d'une pommade boriquée au 1/10e et même à doses plus fortes avant d'opérer.

Le toucher et l'examen fonctionnel auront renseigné d'autre part le praticien sur le point où doit plus particulièrement porter son attention et, par suite, son intervention : région tubaire, ou orifices postérieurs des cavités nasales.

De quels instruments va-t-on se servir ? Disons-le de suite, nous serons éclectiques ; nous conseillerons la pince et la curette, chacune ayant ses avantages.

La pince retirera de gros fragments en une seule prise ; ces fragments pourront être montrés aux parents ou aux intéressés, de plus, on ne sera pas exposé à les voir tomber dans les voies respiratoires. La curette, d'autre part, complètera l'action de la pince dans les points où celle-ci a agi: de plus, elle agira avec plus de sûreté sur les parties latérales, dégagera bien les trompes.

Il faudra deux modèles de pinces, grandes et petites, les mors devront être coudés à angle obtus sur les tiges et non à angle droit, pour moins exposer à la préhension de la cloison ; les curettes seront de modèle variable : Hartmann, Gottstein, suivant l'habitude que l'on aura des unes ou des autres.

Pour l'opération un bon éclairage est indispensable, une forte lampe à huile de pétrole, par exemple, qu'on placera à gauche et un peu en arrière du patient ; l'opérateur sera muni du miroir frontal bien assujetti, et dont en fort peu de temps, par l'exercice, le maniement lui deviendra familier ; le patient sera maintenu assis, bien immobile, appuyé contre un mur, par exemple, les membres entourés dans une grande alèze, un drap, qui les emprisonnera ; un deuxième aide est nécessaire pour maintenir la tête face à l'opérateur ; les instruments ont tous été plongés dans l'eau bouillante, puis refroidis dans l'eau boriquée.

La cocaïnisation par les fosses nasales a peu d'effets ; mieux vaudra, sur la demande des parents, ou s'il s'agit d'enfants nerveux et absolument indociles, donner quelques inhalations prudentes de bromure d'éthyle, en ayant soin de bien débarrasser l'enfant de tout vêtement pouvant le serrer, et d'agir vite, dès l'anesthésie obtenue.

La langue est maintenue sur le plancher buccal, derrière les dents, par un abaisse-langue, à manche coudé à angle droit pour ne point gêner l'opérateur. Celui-ci saisit la pince, mors fermés, et la porte droit devant lui jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, soulève alors le voile, en procédant

avec fermeté et douceur, et remonte peu à peu repoussant toujours le voile au dessus des tiges de sa pince, jusqu'à ce qu'il soit arrivé à la voûte du pharynx; en même temps la pince, dont les mors s'élèvent, s'abaisse par son autre extrémité jusqu'à affleurer l'arcade dentaire inférieure, sans trop s'abaisser pourtant de crainte que dans le mouvement de bascule exagéré le vomer ne soit saisi; c'est grâce à cette manœuvre fort simple que les mors de la pince seront bien placés; car c'est en haut, si haut qu'on peut aller, derrière les fosses nasales directement, et non vers la paroi postérieure du pharynx, comme on a tendance à le faire souvent, qu'on rencontre et qu'on enlève à coup sûr les végétations, à la fois sus et rétro-nasales.

Les mors alors bien placés sont écartés (même avant le contact de la voûte), en prenant garde de ne pas saisir la luette; largement écartés, puis rapprochés et fermés; un mouvement de torsion achève de détacher ce qu'ils ont saisi. La pince est alors ramenée au dehors; les mors sont débarrassés de ce qu'ils contenaient; la pince est alors réintroduite avec les mêmes précautions; la première prise était médiane; les deux suivantes seront plus latérales, et toujours bien directement en haut au contact de la voûte; trois applications de pince, deux même suffisent; le sang commence à gêner considérablement l'opérateur qui, à moins qu'il ne le juge inutile dans le cas, termine par l'introduction de la curette.

Celle-ci doit être prise solidement à pleine main, portée comme la pince bien en haut jusqu'à l'os basilaire, se faisant son passage facile entre le voile et la paroi du pharynx; elle ne doit agir qu'au contact des parois; on la promène en raclant la muqueuse de la voute, sans déployer cependant ni vigueur trop grande ni brutalité surtout; elle doit descendre un peu dans ce mouvement de va et vient sur les parties latérales pour bien dégager les pavillons, en commençant par le gauche; la durée de cette application doit être courte sous peine de ravages; la curette est promenée deux à trois fois seulement dans un sens, autant dans l'autre, puis on la retire; il ne faut jamais vouloir trop en enlever; on crée des dégâts inutiles; chez les enfants surtout il faut être sobre et se servir avec précautions et douceur de la curette; chez les tout jeunes enfants même, on saura se contenter d'une ou deux applications douces et prudentes de la pince, renouvelées dans la suite s'il y a lieu de le faire.

La durée de toute l'intervention ne dépasse guère une demi minute chez les malades dociles; une minute environ chez les autres.

L'hémorrhagie, d'aspect effrayant, s'arrête presque toujours avec une grande rapidité; quelques irrigations glacées, au besoin, en auraient raison; après l'opération les irrigations nasales, qu'on répétera même une à deux fois dans la journée, avec le siphon, seront fort utiles, et bien rarement dangereuses quoi qu'on en ait dit; elles soulageront beaucoup le malade. D'autres praticiens s'en abstiennent absolument cependant.

Si l'opéré doit retourner chez lui; on le couvrira avec grand soin; des tampons ouatés seront placés dans les deux oreilles; il devra garder la chambre cinq à six jours environ; évitera très soigneusement tout refroidissement, fera des irrigations nasales matin et soir pendant longtemps encore; irrigations et repos joints à la chaleur seront les meilleurs préservatifs des complications de l'oreille toujours si à craindre en pareils cas.

Si l'opération, parfois incomplète, n'a procuré qu'une amélioration insuffisante, il sera indiqué de la recommencer, avec plus de minutie encore, quelques semaines après. Il n'est pas rare de réopérer deux et même plusieurs fois le même malade à plusieurs mois et même à plusieurs années de distance.

D'ordinaire, pratiquée avec soin et en s'entourant des précautions indiquées avant et surtout après, l'intervention est à peu près inoffensive, et donne au médecin et au malade les meilleurs résultats.

La colporraphie.

Par MM. Paul Petit et Stéphane Bonnet.

Suite et fin (1).

Le jalonnement et la tension des tissus s'obtiennent à l'aide de six pinces : la première est placée au sommet du futur avivement; une deuxième, en regard de celle-ci, au niveau de la commissure (elle facilitera beaucoup la pose symétrique des fils périnéaux); deux autres (ou deux serres-

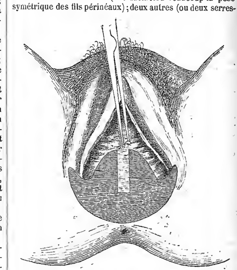


Fig. 6. — Colpopérinéorraphie, procédé de Martin.

fortes), aux deux extrémités de la base du triangle; les deux dernières (ou deux serres-fortes), au milieu de ses côtés latéraux. Il est utile, pour opérer ce jalonnement, de placer deux écarteurs sur les parois latérales du vagin et un troisième sur la paroi supérieure. Ce dernier seul sera conservé dans la suite de l'opération.

Si l'on opère par décollement, il faut s'attendre à plus de

(1) Voir *Gazette médicale*, n[os] 4 et 5.

difficultés que pour la colporraphie antérieure, vu l'étendue plus grande de la surface à aviver, ses vallonnements, le rétrécissement déjà produit par la colporraphie antérieure, la minceur de la cloison et l'effusion plus abondante du sang.

Lorsque le vagin présente des diverticules multiples et prononcés, le mieux est de procéder par étapes successives (trois ou quatre environ), de haut en bas. S'il s'agit, au contraire, d'une colpocèle de degré moyen, si l'avivement ne doit pas s'élever très haut, on a tout avantage à décoller de la vulve vers le col, comme dans la *colpopérinéoplastie*. Seulement, on pousse le décollement plus loin et, au lieu d'abraser transversalement le lambeau, on le sectionne aux ciseaux suivant les deux courbes indiquées plus haut.

L'avivement se fait assez rapidement de bas en haut, avec les ciseaux, pour peu qu'on accentue la tension de la muqueuse, au début avec l'index et le médius gauches placés dans le rectum et le pouce dans le vagin ; à la fin avec l'index et le médius gauches déprimant les surfaces déjà avivées.

On passe les crins de haut en bas et on les noue à mesure jusqu'au milieu de la courbe décrite par les bords latéraux de l'avivement. Puis on passe avec l'aiguille d'Emmet des fils profonds, crins forts ou fils d'argent, destinés à reconstituer le périnée. Ces fils pénètrent, dans la peau, à 1 centimètre et demi des bords de la plaie et décrivent une courbe à convexité supérieure, comme dans le procédé de périnéorraphie d'Emmet. Le plus élevé pénètre au-dessous et à peu de distance des angles latéraux de l'avivement et s'élève jusqu'au deuxième changement de direction des bords latéraux. Les autres se rapprochent de plus en plus de l'anus. Trois ou quatre suffisent. Une pince à forcipressure est placée sur chacun des chefs de ces fils. Puis on leur superpose, de haut en bas, d'autres fils vaginaux qui ne doivent comprendre que les lèvres de la plaie et qu'on serre à mesure jusqu'au voisinage de la fourchette. Les plus inférieurs de ces fils sont relevés, sans être serrés, avec des pinces à forcipressure (une pince pour les deux chefs d'un seul fil).

On noue alors les fils périnéaux de bas en haut. Il faut tendre au préalable chacun d'eux pour rapprocher les tissus profonds de la peau, et assurer la coaptation superficielle à l'aide de pinces à verrou.

Enfin, l'on serre les derniers fils vaginaux, dont le plus inférieur reconstitue la fourchette.

Le procédé de *colpopérinéorraphie de Martin* diffère du précédent, surtout par le dédoublement de la colporraphie. L'avivement du vagin, au lieu d'être d'un seul tenant, est séparé en deux par la colonne postérieure que l'on ménage intentionnellement. De plus, l'avivement périnéal ne se fait qu'après la fermeture des plaies vaginales (fig. 205). La conservation de la colonne postérieure du vagin n'a qu'une minime importance ; mais si l'on a recours, comme Martin, au surjet de catgut, on aura tout avantage, pour éviter la désunion, à adopter son procédé qui rompt en trois tronçons la continuité de la suture.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Traitement du delirium tremens.

On sait aujourd'hui qu'il n'est pas de traitement spécifique du délire alcoolique aigu et que les indications thérapeutiques en sont réglées avant tout par l'état organique du malade et par les symptômes révélant une lésion ou un trouble dans le fonctionnement de tel ou tel appareil, qu'il ne faut donc point adopter systématiquement ou les moyens de pure expectation ou les médications violentes, mais réserver les uns et les autres pour des cas exceptionnels ; le delirium tremens, en effet, ne se montre pas dans des circonstances absolument identiques et, s'il relève toujours d'une intoxication déjà ancienne quant à l'époque de ses débuts, il atteint également des sujets jeunes, dont les reins, le cœur, les vaisseaux sont sains cliniquement parlant et des vieillards dont les différents organes, depuis longtemps altérés, suffisent à peine à leurs fonctions. Ainsi laissant de côté toute idée exclusive, cherchant à faire la juste part des faits démontrés par la clinique et adoptant une règle de conduite qui tiendra le milieu entre les extrêmes, voici ce que l'on peut proposer :

En présence d'un malade atteint de délire alcoolique aigu, débuter par un examen complet, s'informer de son âge, ausculter son cœur, ses poumons, etc., si la chose est possible, analyser ses urines, prendre la température. Ces éléments, avons-nous dit, ont tout autant d'importance au point de vue du traitement que du pronostic immédiat.

Il convient, enfin, d'agir un peu différemment suivant l'intensité du délire et de l'agitation et suivant la période à laquelle on est appelé. Nous n'indiquons ici que les grandes lignes du traitement qui nous paraît le meilleur.

Dans les formes graves, avec agitation violente et continuelle, élévation thermique notable, délire absolu, tout le monde est d'accord pour reconnaître que la première indication est de mettre le malade dans des conditions telles qu'il ne puisse se blesser. Une chambre capitonnée est utile, sinon indispensable ; car, ici, plus que partout ailleurs, les moyens de contention, (camisole, etc.,) sont mauvais et même parfois dangereux. Le malade est-il jeune, a-t-il des artères souples, des reins paraissant indemnes, on peut alors donner l'opium sous ses différentes formes, en commençant par des doses assez fortes données en une fois. On doit rechercher un effet narcotique rapide ; aussi, et pour cette raison, faut-il ne point employer les médicaments dont l'action est lente à se produire, (bromures), ou les préparations dont l'absorption peut être difficile (pilules par exemple).

A l'opium et à ses dérivés, on peut substituer le chloral qui semble moins dangereux chez les sujets vieux ou sclérosés avant l'âge. Mais d'une façon générale, ce qu'il faut retenir c'est que chez ces derniers, on ne saurait prescrire les stupéfiants sans la plus grande circonspection.

Dans les formes moins graves et à la période de début des accidents, phase prodromique, pour ainsi dire, qui échappe souvent à l'observation, le malade complètement, mais rapidement examiné sera mis au lit dans une pièce peu éclairée mais non complètement obscure. Il est avantageux de donner, de suite, un purgatif salin accompagné

de boissons abondantes ; on laissera, enfin, le malade parler et s'agiter tout à son aise, sans tenter de l'interrompre ou de le calmer.

Pendant les heures qui suivent l'administration du purgatif, insister, autant que possible, sur les boissons tièdes, afin de provoquer une diurèse et des sueurs abondantes. Le malade, qui ressent une soif vive, accepte ordinairement volontiers les boissons. Si la transpiration est lente à s'établir et si la température est tant soit peu élevée au-dessus de la normale, avec une peau sèche, on peut pratiquer une ou plusieurs affusions d'eau froide, rapidement faites sur tout le corps, suivies de l'enveloppement dans une couverture de laine. Le malade pourra manger à sa faim, de préférence des laitages.

Le plus souvent, dans la catégorie des faits envisagée ici, le calme s'établit au bout de quelques heures, le sommeil se montre et tout danger immédiat est désormais écarté. Le sommeil se fait-il attendre, sans que l'agitation augmente ou que la température s'élève, on persévère dans ces soins hygiéniques. Si, au contraire, les accidents vont en s'aggravant, il faut prendre une détermination sur le traitement à suivre désormais, traitement que l'examen préalable du malade basera sur des données réellement utiles.

A. GUÉPIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 février 1894. — Présidence de M. J. ROCHARD.

Traitement des abcès du foie des pays chauds.

M. CORNIL lit un rapport sur un travail de M. ZANCAROL d'Alexandrie.

Dans son travail M. Zancarol étudie d'abord le procédé opératoire, qu'il a adopté : il consiste à bien délimiter, par une série de ponctions, le siège de l'abcès.

Puis laissant le trocart en place, et en s'en servant comme d'un guide, il incise au thermocautère,méthodiquement jusqu'à l'abcès. Celui-ci, est alors ouvert également au thermocautère, alors avec un doigt fléchi en crochet et introduit dans la poche, on attire en dehors la paroi de l'abcès, qui se vide alors sans laisser écouler du pus dans l'abdomen.

Un lavage de l'abcès avec une solution d'acide salicylique à 1 0/00 complète l'opération. La poche est alors bourrée de gaze iodoformée et fixée à la paroi, si on veut.

Cette technique est facile à appliquer pour les abcès du lobe droit, les plus fréquents ; plus difficile, dans les abcès du lobe gauche.

Il peut être nécessaire de faire une résection costale pour le coté droit. Pour les abcès du lobe gauche, M. Zancarol remplace le thermocautère par le bistouri.

Les résultats sont assez bons : sur 115 abcès du lobe droit, il y a eu 58 guérisons et 57 morts. Les cas de mort comprennent 32 cas d'abcès multiples, toujours mortels.

30 cas d'abcès du lobe gauche ont été traités, qui ont donné 17 guérisons et 13 morts, dont 8 attribuables aux abcès multiples.

La seconde partie du travail de M Zancarol se rapporte aux recherches bactériologiques : ce sont surtout les relations entre la dysenterie et les abcès du foie, qui ont préoccupé l'auteur.

Les amibes, que M. Kartulis avait cru être spécifiques de la dysenterie n'ont été trouvés que 6 fois sur 14 cas. Le streptocoque pyogène semblerait être pour M. Zancarol l'agent principal à incriminer tant dans la dysenterie que dans les abcès du foie.

M. Cornil, dans son rapport, écarte la spécificité microbienne. On a trouvé, dans les ulcérations dysentériques, comme dans les abcès, des microorganismes très variables.

Le bacterium coli, incriminé par MM. Chantemesse et Widal peut y contribuer, mais beaucoup d'autres bactéries banales sont dans le même cas.

Traitement chirurgical des goitres par l'exothyropexie.

M. PONCET (de Lyon) en son nom et au nom de M. Jaboulay, vient exposer une nouvelle thérapeutique des goitres qu'il dénomme exothyropexie. Elle consiste à attirer à l'extérieur et à l'y maintenir, tout ou partie du corps thyroïde goitreux et cela dans le but d'arriver à l'atrophie.

Dans 14 cas, ayant résisté au traitement médical et déterminant des troubles fonctionnels graves, cette opération a été pratiquée.

5 de ces cas appartenaient à la forme parenchymateuse : la guérison par atrophie fut réalisée en six semaines environ. Les 9 autres étaient des goitres kystiques, ils ont demandé un temps plus long. Les 14 cas guérirent.

Les goitres ainsi exposés à l'air, laissent d'abord suinter un liquide séreux, en même temps les veines superficielles de la tumeur deviennent turgides, mais dans les huit jours qui suivent, en même temps que le goitre prend une teinte noirâtre, les veines s'affaissent, s'atrophient. Il semble que ce soit là l'explication de l'atrophie du goitre.

Les téguments adhèrent au goitre et la plaie prend un aspect granuleux.

Les phénomènes généraux sont considérablement amendés. Les vaisseaux du corps thyroïde reprennent bientôt leur type normal. Le goitre, s'il ne disparaît pas, forme de petits noyaux et d'autres fois des poches kystiques. Dans ces cas, l'évolution du goitre a donc été hâtée par l'opération.

L'opération serait indiquée dans tous les goitres, surtout dans les grosses tumeurs vasculaires. Elle peut être employée dans toutes les formes, même dans le goitre exophtalmique. On peut aussi espérer qu'elle sera applicable aux formes frustes de la maladie de Basedow, sans hypertrophie thyroïdienne.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 février 1894. — Présidence de M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

M. LE PRÉSIDENT annonce au début de la séance la mort de M. Billroth, membre correspondant étranger.

Traitement du prolapsus pelvien. (*Fin de la discussion.*)

M. MONOD. — Je n'ai, pour ma part, fait qu'une seule fois l'hystérectomie pour prolapsus, aussi ne pensé-je pas à intervenir dans la discussion.Je voudrais simplement apporter ici un fait,qui pourra éclairer les indications.

Au mois de juin 1893, entrait dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, une femme de 50 ans, que des chagrins violents avaient rendue nerveuse et difficile. Mon collègue, M. Brissaud, qui voulut bien l'examiner ne trouva chez elle, aucun des stigmates de l'hystérie. Or,cette malade,qui était atteinte depuis deux ans d'un prolapsus irréductible présentait une impotence fonctionnelle presque absolue des membres inférieurs. Lever le talon au dessus du lit, était pour elle impossible. En glissant ses membres, sur des draps, elle arrivait à se lever; la station debout était assez facile mais la marche se réduisait à quelques pas faits en glissant, sans détacher les pieds du parquet. Je lui fis une hystérectomie par le procédé de Doyen, avec beaucoup de facilité. Mais ce qui me surprit, ce fut de voir dès le lendemain la malade lever la jambe au-dessus du lit. Une hémorragie, qui se produisit lors de la levée des pinces, fut le seul accident post-opératoire.

Cette malade a été revue ces jours-ci, elle marche, vaque aux

soins de son ménage : le fonctionnement des membres inférieurs n'est pas chez elle, égal à celui d'une personne non malade, mais le résultat est cependant digne d'être cité. Il s'agirait là de ces paralysies réflexes, étudiées par Brown-Séquard. Je n'ai trouvé dans la littérature médicale, que quelques cas un peu analogues au mien. Ce sont les cas de Lisfranc, de Nonat, où la paralysie céda à la guérison d'une métrite, où des séances d'électrisation abdominale, et surtout le cas de Romberg, où il s'agissait d'un prolapsus, comme dans le mien. Le prolapsus guéri, la paralysie disparut.

Je me contente de vous rappeler d'après Brown-Séquard que ces paralysies n'intéressent pas la sensibilité et laissent intactes les fonctions des réservoirs.

M. MARCHAND. — Il y a, ce me semble, deux points principaux à mettre en évidence dans la discussion qui se poursuit. Ce sont la valeur pathologique de l'affection et le rôle pathogénique des organes et plans atteints.

Par valeur pathologique, j'entends parler de la gêne, des désagréments, des dangers réels plus ou moins immédiats, qui sont le fait du prolapsus. Depuis 1881, époque à laquelle je fis ma première colpopérinéorrhaphie : j'ai traité 80 prolapsus. Aucune de mes malades n'avait d'accidents sérieux, la plupart ne se plaignaient que de la gêne à elle apportée par celle tumeur saillante, exposée à toutes les irritations. Ma première opérée supportait son prolapsus depuis sept ans, elle hésita longtemps à subir une opération. Actuellement encore, j'ai dans mon service une malade, dont le prolapsus remonte à huit ans et qui ne veut supporter qu'une opération bénigne.

Cependant, je noterai que, si les femmes âgées souffrent peu, les jeunes accusent des phénomènes douloureux beaucoup plus accentués pour des lésions bien moindres.

La plupart des cas sont donc simplement des infirmités compatibles avec une santé presque parfaite : le traitement doit donc être proportionnellement inoffensif. Aussi, l'hystérectomie, même en admettant l'hypothèse de cure radicale garantie, devrait, à mon sens, garder le second rang. Le travail récent de M. Hartmann nous est venu prouver que, l'hystérectomie pour prolapsus est grave et assez fréquemment mortelle.

On a vu maintes femmes accoucher, à la suite de colpopérinéorrhaphie et conserver après l'accouchement, le bénéfice de l'opération à elles appliquée.

Relativement à mon second point, je dirai qu'à part les allongements hypertrophiques du col, l'utérus ne semble ici pas plus en cause que l'intestin dans les hernies. Le rôle pathogénique et anatomique appartient au relâchement du plancher pelvien et du vagin et à la béance de la vulve ; ce sont ces états que doit atteindre la thérapeutique ; c'est pour eux que Simon créa la colpopérinéorrhaphie.

Pour ma part, je suis la pratique d'Hégar. Je n'ai pas eu d'accidents dans mes 80 cas : mes résultats sont satisfaisants. J'ai revu une de mes opérées, parfaitement guérie, quatre ans après l'intervention.

J'eus en 1891, l'occasion de faire une hystérectomie pour un prolapsus d'un utérus cancéreux ; j'opérai suivant le procédé de Fritsch et quand la malade fut guérie de l'opération, je pus constater que le prolapsus vaginal persistait.

J'estime donc que les opérations moins graves que l'hystérectomie, et que nous pratiquons journellement, sont suffisantes et proportionnées aux désordres qu'elles doivent réparer.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Je ne veux pas reprendre la parole, dans le débat qui va se terminer, mais je tiens à dire que si dans mon appréciation perçait une note sombre, je suis prêt à compléter dans certains cas, mon procédé par l'hystérectomie. Je crois, contrairement à M. Desprès, que les opérations sont bonnes et utiles, et j'estime que la discussion de la Société a apporté des éléments nouveaux qui aident à formuler un jugement.

M. QUÉNU. — Lorsque j'ai fait devant la Société, la communication qui a été le début de cette discussion, il n'y avait, de publiées en France, que 14 observations d'hystérectomies pour prolapsus. Je suis enchanté d'avoir fait ainsi connaître un grand nombre d'autres interventions analogues. Actuellement, 58 hystérectomies pour prolapsus sont connues.

Vous avez, avec bienveillance, je me plais à le reconnaître, laissé percer quelques critiques qui ont trait surtout à la justification de l'opération et à la technique opératoire.

La plupart de mes collègues ont admis que l'hystérectomie pouvait et devait s'adresser à des cas déterminés. D'autres, comme M. Lucas-Championnière, sont restés sceptiques. Il en est enfin, qui comme MM. Bouilly et Routier, restent réfractaires.

Je n'ai pas entendu établir de parallèles entre la colpopérinéorrhaphie et l'hystérectomie. Je réserve cette dernière pour des cas exceptionnels, chez des femmes ayant dépassé la ménopause, menant une vie active et chez qui on peut espérer la guérison. C'est à elle que je m'adresserai pour ces utérus variqueux dont nous a parlé M. Reynier, pour ces prolapsus où l'organe a perdu droit de domicile. Peut-on, avec de vieux morceaux faire une bonne réparation ? Je ne crois pas.

La colpopérinéorrhaphie a ses récidives et si fréquentes qu'on ne peut pas dire qu'elles soient dues à une opération mal conduite.

Il est difficile d'établir, à l'heure actuelle, une règle précise, d'autant que la question de la gravité opératoire entre en jeu ; M. Le Dentu a signalé la difficulté de séparer l'utérus de la vessie, j'avais indiqué le moyen dans ma communication.

Je regarde l'opération comme facile ; les hémorrhagies sont arrêtées facilement, si on opère lentement, en plaçant des pinces en nombre suffisant et en assurant l'hémostase définitive par les sutures.

Ma technique opératoire a été jugée un peu sévèrement par quelques-uns. M. Reclus parle d'un mince plancher. Si mon collègue veut répéter l'opération sur le cadavre il verra que ce plancher est solide. MM. Richelot et Segond répudient mon procédé comme inutile parce que la cicatrisation y aboutit naturellement, mais la cicatrice sera meilleure, plus sûre, c'est le complément de l'opération, analogue aux procédés employés dans les hernies.

D'ailleurs, avant moi, la suture du vagin au péritoine avait été faite par R. Asch et Martin avec réussite maintenue plusieurs années.

Deux autres opérateurs ont fait la même opération que moi, l'un en Amérique et quelques jours seulement avant moi, je n'ai donc pu en avoir connaissance ; l'autre, depuis.

Ce qu'il fallait démontrer, c'est que de vieilles femmes ayant subi des colpopérinéorrhaphies sont restées guéries au bout de plusieurs années ; c'est ce que j'ai établi pour ma part au sujet de l'hystérectomie.

Fibro-sarcome du corps thyroïde. — Suture circulaire du tronc veineux brachiocéphalique droit.

M. RICARD. — J'eus à intervenir d'urgence, à l'Hôtel-Dieu, pour des phénomènes asphyxiques dus à une tumeur du corps thyroïde.

La tumeur très volumineuse, très dure, dut être enlevée par tranches et je dus sculpter dans son épaisseur pour dégager la trachée, la carotide primitive droite et le nerf pneumogastrique.

En essayant d'extirper le prolongement médiastinique de la tumeur, je fus assailli par un flot de sang. Je vins à bout difficilement de cette hémorrhagie, grâce à une série de pinces à forcipressure.

Quand, l'opération finie, j'allai à la recherche de la source de l'hémorrhagie, je vis que la jugulaire interne était en partie détachée du tronc brachiocéphalique ; ne pouvant lier ce vaisseau, je me décidai à faire une suture à points coupés suivant la méthode de Lembert, sans perforer la paroi vasculaire.

Le malade guérit sans troubles vasculaires, sans troubles laryngés non plus, bien que le récurrent droit ait été arraché.

La tumeur fut examinée, il s'agissait d'un fibro-sarcome. Cinq mois après l'opération, il n'y a pas de récidive.

Résection de la hanche et de la moitié du fémur pour coxalgie; restauration anatomique et fonctionnelle spontanée.

M. Calot (de Berck). — Chez un enfant de 11 ans, atteint de coxalgie depuis six ans, je résolus, malgré l'avis du médecin ordinaire de la famille, d'intervenir chirurgicalement. Je fis une résection atypique et dus enlever l'extrémité supérieure du fémur, le cotyle et le tissu osseux voisin, et près de la moitié du fémur, en ayant soin de conserver la gaine périostique, bien que la tuberculose l'eût manifestement atteinte. J'établis un drainage de la cavité et un mois et demi après, il ne restait qu'une fistulette. L'enfant pourvu d'une gouttière silicatée fut emmené à cette époque.

Je l'ai retrouvé dernièrement, deux ans après l'intervention. C'est actuellement un vigoureux garçon; il marche en s'appuyant sur une canne et ne présente qu'une légère boiterie. La fistule a tari complètement il y a huit mois.

Il a gardé le lit six mois, puis a commencé à marcher. Quand je l'ai examiné, j'ai été surpris de trouver le fémur reconstitué, avec un raccourcissemsnt de 7 centimètres environ, mais la tige osseuse existe et l'articulation fonctionne bien, même dans l'abduction; les mouvements sont même étendus. Mes mensurations comparées des deux membres, mises en face de la puissance ostéogénique connue des cartilages de conjugaison du fémur, m'ont démontré que la gaine périostique avait contribué pour moitié à la reconstitution de l'os.

Dans un cas analogue, il me semble qu'il y a avantage à ne pas chercher la réunion *per primam*, et à conserver un périoste même touché par la tuberculose. L'antisepsie opératoire et post opératoire vient à bout de la lésion, et le périoste reforme un os utile et solide, tandis que sans lui on n'a qu'un membre ballant qui ne peut servir que grâce aux appareils prothétiques.

Suture intradermique.

M. Pozzi. — Pour éviter les traces laissées par les sutures, surtout aux parties découvertes, j'utilise un nouveau mode de suture. Le fil est introduit dans le derme et fait lacet d'une lèvre à l'autre de la plaie, il sort seulement aux extrémités.

Pour l'enlever, on tire sur une des extrémités, on la coupe, puis on extrait le fil en tirant sur l'autre extrémité.

Cette suture, que j'ai vue employée à Baltimore, n'a pas d'auteur connu.

R. Marmasse.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 12 FÉVRIER AU 17 FÉVRIER 1894.

A. — Examens.

Lundi 12. — *Physiologie*. MM. Ch. Richet, Retterer, Sebileau. — *Pathologie externe*. MM. Pinard. Lejars, Jalaguier. — *Pathologie interne*. MM. Landouzy, Brissaud, Letulle. — *Censeur et suppléant*. MM. Baillon, Marie.

Mardi 13. — *Thérapeutique et médecine légale*. MM. Debove, Gilbert, Roger. — *Censeur et suppléant*. MM. Mathias Duval, Heim. — *Clinique chirurgicale* (Charité, 1re série). MM. Le Dentu, Schwartz, Brun. — *Clinique chirurgicale* (Charité 2e série). MM. Guyon, Nélaton, Albarran. — *Clinique médicale* (Charité). MM. Cornil, Marfan, Chantemesse. — *Censeur et suppléant*. MM. Laboulbène, Ballet. — *Clinique obstétricale* (clinique de la rue d'Assas). MM. Tarnier, Maygrier, Bar. — *Censeur*. M. Quénu.

Mercredi 14. — *Médecine opératoire*. MM. Farabeuf, Ricard, Poirier.

Jeudi 15. — *Pathologie externe* (1re série). MM. Duplay, Le Dentu. Bar. — *Pathologie externe* (2e série). MM. Guyon, Tarnier, Brun.

Vendredi 16. — *Official* (2e examen définitif). MM. Lejars, Netter, Letulle. — *Censeur et suppléant*. MM. Ch. Richet, Villejean. — *Clinique chirurgicale* (Charité). MM. Terrier, Ricard, Tuffier. — *Clinique médicale* (Charité. 1re série). MM. Hayem, Dejerine. Marie. — *Clinique médicale* (Charité, 2e série). MM. Straus, Landouzy, Chauffard. — *Censeur et suppléant*. MM. Potain. Delbet. — *Clinique obstétricale* (Clinique Baudelocque). MM. Pinard, Ribemont, Dessaignes, Varnier. — *Suppléant*. M. Jalaguier.

Samedi 17. — *Pathologie interne* : MM. Debove, Gilbert, Letulle. — *Censeur et suppléant* : MM. Cornil, Heim. — *Clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Quénu, Albarran. — *Clinique médicale* (Hôtel-Dieu, 1re série) : MM. Joffroy, Marfan, Ménétrier. — *Clinique médicale* (Hôtel-Dieu, 2e série). MM. Laboulbène, Ballet, Chantemesse. — *Censeur et suppléant* : MM. Panas, Albarran.

B. — Thèses.

Mercredi 14. — *M. Collin* : Etude sur l'ulcère simple du duodénum. — MM. Straus, Brissaud, Letulle, Delbet.

M. Sourel : Etude des abcès éclamptiques et plus particulièrement de leur pathogénie. — MM. Straus, Brissaud, Letulle, Delbet.

M. Casteuil : Contribution à l'étude de la pathogénie des cancers. — MM. Straus, Brissaud, Letulle, Delbet.

M. Wateau : Contribution à l'étude de l'influence des affections à streptocoques sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire. — MM. Potain, Fournier, Dejerine, Gaucher.

M. Le Roux : Contribution à l'étude de la cirrhose hépatique alcoolique. Prédisposition et précirrhose. — MM. Fournier, Potain, Dejerine, Gaucher.

M. Moreau : De la fragilité constitutionnelle des os (ostéopsathyrosis de Lobstein). — MM. Tillaux, Chauffard, Tuffier. Sebileau.

M. Lartail : Des transplantations de peau et de muqueuse animales sur les plaies de l'homme. — MM. Tillaux, Chauffard, Tuffier, Sebileau. — *Censeur et suppléant* : MM. Terrier, André.

Jeudi 15. — *M. Reynes* : De la fièvre typhoïde à Marseille. — MM. Brouardel, Laboulbène, Netter, Ménétrier.

M. Chapon : Contribution à l'étude des éruptions chloraliques. — MM. Laboulbène, Brouardel, Netter, Ménétrier.

M. Guignabert : Du traitement de la péritonite tuberculeuse par les injections de naphtol camphré. — MM. Laboulbène, Brouardel, Netter, Ménétrier. — *Censeur et suppléant* : MM. Joffroy, Roger.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Faculté de médecine de Paris.

École pratique. — Médecine opératoire. — Les exercices pratiques de médecine opératoire, sous la direction de M. Poirier, agrégé. chef des travaux anatomiques, commenceront le mardi 3 avril 1894, et auront lieu dans les pavillons de l'Ecole pratique. tous les jours de 1 heure 1/4 à 4 heures. Les élèves obligés devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à 3 heures, du 15 février au 10 mars 1894.

Société de biologie.

Prix Ernest Godard (1.000 fr.). — Le prix Ernest Godard sera décerné à la fin de l'année 1894. Les Mémoires devront être adressés, avant le 15 octobre 1894, au secrétaire général, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine suivant la volonté du testateur, le prix sera donné au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie.

Hospice de La Rochefoucauld.

Le Dr Brocq fait une consultation externe de dermatologie les lundis, mercredi et vendredi, à 8 heures du matin, avec présentation de malades. Cette heure matinale permet aux stagiaires et externes des hôpitaux d'assister à cette consultation avant de se rendre dans leurs services.

Statistique de docteurs reçus en France en 1892-93.

Le nombre des docteurs reçus par les facultés de médecine françaises s'est élevé, pour l'année 1892-93, à 733, soit une augmentation de 88 sur l'année précédente.

Société médico-chirurgicale des hôpitaux.

Le banquet annuel de la Société médico-chirurgicale de Paris aura lieu le mercredi 14 février prochain, à 7 heures du soir, au restaurant Marguery. Prix de la cotisation 16 francs. Prière d'adresser les adhésions à M. Philbert, 31, boulevard Beaumarchais.

Le buste de Diday.

Le *Lyon médical* a pris l'initiative d'une souscription faite dans l'intention d'élever, au Dr Diday, un buste qui serait placé dans l'hospice de l'Antiquaille à Lyon.

Nécrologie.

MM. : les docteurs Lacrozes (de Gaillon). — de Novenne (de Paris). — Ch. Edwards (de Paris). — Descubes (d'Oradour-sur-Vayres). — Gérard (de Beauvais). — Clupoliauski (de Commercy). — Schweich (de Paris). — Thenot (de Mâcon). — Delucq (de Cauneille). — Murraté (des Hermites). Chapelon (de Toulouse). — Cazaban (de Lamarque).

15e Année. 9e Série. Tome I — N° 7 — 17 février 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LE PROFESSEUR FOURNIER.

Iritis syphilitique.

Par Louis Wickham,
Chef de Clinique de la Faculté de Médecine.

L'iritis est sans contredit la plus fréquente et la plus précoce des ophthalmies spécifiques.

La FRÉQUENCE est relative, car elle ne figure qu'accidentellement dans le cortège des lésions secondaires et on peut dire qu'elle ne s'observe guère plus de trois ou quatre fois sur une centaine de malades approximativement.

Sa PRÉCOCITÉ est plus grande qu'on ne le croit en général. On la voit parfois se développer vers le quatrième et le cinquième mois de la maladie. Plus habituellement c'est un symptôme du second semestre.

Les CAUSES de cette localisation syphilitique sont inconnues ; mais en revanche, on sait parfaitement que l'iritis est un *signe de mauvaise syphilis*, de syphilis sérieuse et grave.

Quelle est la SYMPTOMATOLOGIE de l'iritis ?

Il est important de reconnaître *l'iritis au début*, car cette lésion est d'autant plus grave qu'elle est traitée plus tardivement. Or, on peut la reconnaître de bonne heure par un examen minutieux, et bien qu'elle s'annonce insidieusement, traitreusement, au moyen des trois signes suivants :

1° *L'injection radiée périkératique* (cercle de rayons vasculaires divergents) ;

2° Le *rétrécissement de la pupille*, le myosis inflammatoire ;

3° La *paresse* ou, à un degré supérieur, l'*immobilité de la pupille*.

Ces trois signes réunis sont essentiellement précieux, car ils permettent d'intervenir au meilleur moment, c'est-à-dire dès le début de la maladie.

Venons maintenant aux SIGNES DE LA PÉRIODE D'ÉTAT. Il en est de deux sortes : troubles fonctionnels et signes objectifs.

A. — Les *troubles fonctionnels* sont moins importants. La douleur est très variable ; il existe en général peu ou pas de photpphobie. Le malade accuse un léger trouble de la vue, un brouillard.

B. — Les *signes objectifs* ont plus d'intérêt, ce sont :

1° La *rougeur de l'œil*. — L'injection est devenue intense et a gagné tout l'œil, mais a gardé son aspect radié, zonulaire, périkératique ;

2° L'*immobilité de la pupille, en myosis*, qui est petite et contractée ;

3° La *déformation de la circonférence pupillaire*. — Ce signe se constate surtout lorsqu'après avoir injecté de l'atropine, l'iris se contracte. Comme il y a des adhérences, des tractus entre la face postérieure irienne et la capsule cristalloïde, l'iris se contracte mal et est déformée. Cette déformation revêt plusieurs types : elle apparaît en huit de chiffre, en cœur de carte à jouer, en trèfle, en croissant, en segments de cercle multipliés, etc. ;

4° Le *ponctué pigmentaire sur la cristalloïde*. — Les adhérences de l'iris ont été en partie arrachées par la dilatation forcée. Des fragments de l'uvée sont restés adhérents à la cristalloïde, et comme ils sont fortement pigmentés, ce sont eux qui constituent le ponctué pigmentaire.

5° La *modification de teinte de l'iris*. — Celui-ci devient plus glauque, plus verdâtre ou plus roux.

6° Les *infiltrats iriens*.— Ce sont de véritables SYPHILIDES IRIENNES. Il se fait à la surface de l'iris, ou bien dans un premier degré un épaississement simple de la membrane, puis un soulèvement papuloïde et lenticulaire de l'iris, une *papule plate* ; ou bien dans un second degré, une véritable *tumeur irienne*, granuleuse, arrondie de pourtour, hémisphérique de relief d'un jaune mêlé de rouge foncé, de la dimension moyenne d'une demi-tête d'épingle. Souvent il n'existe qu'une seule de ces petites tumeurs, mais il peut en exister plusieurs. Elles sont presque toujours développées aux environs du cercle pupillaire ou ciliaire. Histolo-

giquement ce sont des néoplasmes identiques à ceux qui constituent les syphilides.

De l'étude de ces infiltrats iriens, il résulte que l'iritis syphilitique ne serait rien autre que ceci :

« *Un ensemble de troubles réactionnels symptomatiques d'une syphilide irienne.* »

Telle est la symptomatologie de cette affection, qui n'a pas toujours la même intensité et peut présenter des *formes* légères, graves et intermédiaires.

La MARCHE est lente. L'affection peut évoluer dans les formes légères en douze ou quinze jours; le plus souvent elle dure trois à quatre semaines; quelquefois trois mois et plus. Elle évolue à la façon moins d'une inflammation que d'une syphilide irienne.

Il y a trois TERMINAISONS possibles, qui sont :

1° *La guérison complète* (restitutio ad integrum). C'est le fait le plus commun quand le traitement est intervenu à temps.

2° *La guérison avec reliquats*, mais avec reliquats ne constituant pas de troubles fonctionnels importants. Il persiste alors un certain état de déformation permanente de la pupille, et quelques taches pigmentaires de la cristalloïde.

3° *Disparition de la maladie* quant à sa physionomie inflammatoire, mais *persistance de troubles divers* compromettant les fonctions de la pupille et la vision, à savoir :

a. Immobilisation pupillaire.

b. Obstruction partielle, voire même obstruction complète du champ pupillaire par des exsudats membraneux.

c. Quelquefois *atrophie partielle et cicatrices* interstitielles de l'iris.

On voit donc que le PRONOSTIC peut, dans quelques cas, être assombri. Et même il faut ajouter des conditions aggravantes, comme :

1° La tendance de l'affection à la bilatéralité ;

2° La tendance aux récidives ;

3° La tendance à l'envahissement de la choroïde qui est le véritable, le très grand danger.

4° Le danger des ophthalmies sympathiques.

Malgré ces conditions graves, l'affection peut être considérée sous un jour assez favorable, en ce sens qu'on peut la dépister de bonne heure ; que son diagnostic est facile et que le traitement commencé de bonne heure a une action très satisfaisante.

Le DIAGNOSTIC comporte donc un intérêt de premier ordre. Nous avons vu les trois signes qui permettent de découvrir l'iritis *ab ovo*. Et si l'affection a échappé dans les premiers jours, elle sera sûrement et facilement reconnue à une époque ultérieure. En effet, si quelques-uns des signes de la période d'état peuvent se retrouver dans les iritis non spécifiques rhumatismales, goutteuses, blennorragiques, scrofuleuses, etc., il en est d'autres qui permettent la différenciation.

Pour établir le diagnostic, outre les antécédents de syphilis et les lésions syphilitiques contemporaines, il existe trois signes importants :

1° La *teneur subaiguë de la maladie* ; c'est une inflammation calme, presque froide ;

2° L'*indolence relative*. — Ces deux signes sont étroitement unis et quand on rencontre une iritis qui procède en apparence de la façon la plus bénigne, qui n'inquiète pas les malades, qui leur permet de vous regarder bien en face, il faut se méfier et rechercher la vérole ;

3° Enfin, ce dernier signe est pathognomonique, le développement à la surface de l'iris, de SYPHILIDES IRIENNES.

Tout le TRAITEMENT se résume en ces deux mots : « *mercure* et *atropine* ».

Le mercure est ici le traitement de fond.

L'atropine intervient : comme moyen de dilater la pupille, d'éviter les déformations, de prévenir les synéchies ; elle intervient comme agent antiphlogistique, pour décongestionner les vaisseaux et soulager les douleurs.

Le *mercure* doit être donné à *hautes doses*. Il ne faut pas craindre *dès le premier jour* de prescrire 0 gr. 10 de protoiodure d'hydrargyre, même 0 gr. 15 et quelquefois 20 et 30 centigrammes. Le protoiodure est préférable au sublimé, peut-être parce qu'on peut le donner à plus hautes doses. Comme il faut agir rapidement, on se trouve mieux dans quelques cas des frictions ou mieux encore des injections.

L'*atropine*, ce médicament qui permet d'éviter par la dilatation le plus grand danger de la maladie, est employé en collyre.

Sulfate neutre d'atropine . . .	0 gr. 02
Eau distillée.	10 —

verser dans l'œil 3 gouttes, 3 à 6 fois par jour, et s'abstenir jusqu'à ce que la dilatation soit obtenue.

Quand les adhérences sont très solides, on peut employer un collyre contenant jusqu'à 0 gr. 05 de sulfate d'atropine, ou bien remplacer l'atropine par la *duboisine* aux mêmes doses.

Parfois on n'obtient la rupture des synéchies que par l'emploi alterné de collyres à l'ésérine et à l'atropine.

Esérine	0 gr. 05
Eau distillée	10 —

Lorsque la dilatation est obtenue, il faut la maintenir tout le temps, et même plusieurs semaines après la disparition des symptômes inflammatoires.

Il faut conseiller aussi quelques *soins d'hygiène*.

Le repos au lit les premiers jours, éviter la lumière, appliquer un carré de soie noire flottant devant l'œil, faire des lotions chaudes à la camomille, porter des lunettes fumées ou bleues, surveiller le régime, éviter les écarts, l'alcool, éviter le refroidissement. Si l'inflammation oculaire est vive, il sera utile d'appliquer six sangsues à la tempe. S'il se produit des douleurs, il faudra multiplier l'atropine, faire des frictions d'onguent mercuriel belladoné ou même recourir aux injections de morphine. En cas d'insomnie, le sirop de chloral sera prescrit.

De tout cela, il faut retenir et considérer comme médicaments réels, le mercure et l'atropine qui devront être longtemps continués, ce sera le seul moyen de conjurer les récidives.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du diagnostic et de l'extraction des corps étrangers superficiels de l'œil.

Par RIPAULT,

Interne des hôpitaux, aide de clinique aux Quinze-Vingts.

Les corps étrangers atteignant l'œil sont très fréquents, les uns se fichent dans la conjonctive ou la cornée sans pénétrer

plus avant; les reconnaître et enlever doit être à la portée de tout praticien; les autres pénètrent profondément et ne doivent appartenir qu'à l'oculiste. C'est des premiers dont nous allons parler, en insistant à dessein sur certains petits détails indispensables, trop souvent méconnus dans la pratique, au grand détriment du malade.

Le diagnostic est fait souvent par le patient, mais, dans ces cas, sujet à erreurs; le médecin vérifie, tout en tenant compte des sensations accusées.

D'autres fois, il faut chercher, et avec insistance; le malade rapporte l'inflammation de l'œil à « un courant d'air »; ou bien il vient consulter pour des phénomènes inflammatoires, des troubles objectifs : larmoiement, photophobie... existant depuis plus ou moins longtemps déjà; c'est surtout quand ces divers phénomènes irritatifs sont restés monolatéraux qu'il faut chercher le corps étranger parfois imperceptible, ou profondément caché.

Pour reconnaître le corps du délit, il suffit d'ordinaire de se placer en face d'une fenêtre bien éclairée; quand il siège sur la conjonctive bulbaire, il tranche si nettement, qu'à moins de tuméfaction trop considérable de la muqueuse, on l'aperçoit aussitôt; un peu plus délicate devient sa constatation, si, comme il arrive le plus souvent, il est allé se loger dans les culs-de-sac qu'il faut alors savoir éverser dans toute leur étendue.

Pour le cul-de-sac inférieur, rien de plus simple; le malade regarde en haut, le médecin abaisse fortement le bord libre de la paupière; le cul-de-sac s'étale dans sa totalité.

Plus souvent, les mouvements de clignement ont entraîné le corps étranger sous la paupière supérieure; on doit alors la retourner délicatement sans faire mal à son patient.

Pour ce, il doit regarder très fortement en bas; on appuie l'extrémité du pouce gauche, ou un objet mousse quelconque, sur la peau, à cinq ou six millimètres environ du bord ciliaire, et sur cette poulie de renvoi improvisée, on fait sans peine basculer la paupière saisie à la partie moyenne de son bord libre entre le pouce et l'index de la main droite, il ne reste plus qu'à la fixer dans cette position avec le pouce gauche; la main droite se chargeant de l'extraction.

Si cette recherche était négative, il faudrait songer à la possibilité d'un corps logé au fond du cul-de-sac; on introduirait donc doucement un corps mousse assez fin qui déplisserait la muqueuse dans sa totalité (la paupière étant toujours maintenue retournée), en empêchant le corps de passer inaperçu; chez les personnes très timorées, quelques gouttes de cocaïne faciliteraient encore la manœuvre.

La recherche sur la cornée est plus délicate, surtout si le corps est très petit, comme il arrive si souvent, situé tout à fait sur le limbe où une injection bien localisée l'indique d'ordinaire, en le masquant, au contraire, d'autres fois; ou bien au niveau du champ pupillaire; on devra dans ce cas, faire mouvoir l'œil, en l'examinant sous des incidences diverses, le corps se détachant beaucoup mieux sur le plan coloré de l'iris que sur le fond obscur de la pupille; enfin il faut toujours songer à la pluralité possible de ces corps.

Dans les cas d'un diagnostic un peu douteux, on s'aidera sans hésitation d'une bonne loupe, et d'une source modérée de lumière pour pratiquer l'examen latéral; par ce moyen aussi on diagnostiquera des parcelles fort minimes, mais très gênantes, laissées au niveau de l'ulcération traumatique. Chez l'enfant qui serre convulsivement ses paupières, il peut être nécessaire de placer des écarteurs pour se donner un jour suffisant. Les corps un peu anciens sont entourés d'une zone d'infiltration qui peut les faire méconnaître à un premier examen; il importe d'être prévenu.

Voyons maintenant comment on doit procéder à l'extraction. Les corps de la conjonctive bulbaire s'enlèveront par grattage très léger avec un instrument effilé, mais mousse; s'ils sont, au contraire, fichés dans les mailles du tissu, on saisira, les paupières bien écartées, corps et muqueuse attenante, dans les mors d'une pince fine, et on excisera au ras; quand les corps multiples n'occasionnent pas de réaction vive, on peut sans inconvénients s'abstenir d'y toucher, ceux des culs-de-sacs s'enlèvent par frottement; s'ils étaient implantés (grains de charbon...) dans la muqueuse tarsienne, on s'en débarrasserait avec la pointe d'un fin bistouri.

Pour ceux de la cornée, comme il importe de voir exactement ce que l'on fait, on aura recours, en cas de difficulté, à un tiers qui, à l'aide d'une loupe, projetterait une quantité suffisante de lumière.

Une insensibilisation bien complète par la cocaïne sera nécessaire; elle rassurera le patient et permettra d'obtenir de lui une immobilité absolue du globe. On emploiera la pointe d'un fin bistouri ou mieux celle plus acérée d'une petite aiguille de Bowman, on grattera alors à petits coups, avec l'extrémité de la pointe, seulement, au pourtour du corps étranger, en cherchant à le faire basculer, en le désinsérant pour ainsi dire; au besoin, on grattera dans un sens d'abord, puis dans le sens diamétralement opposé pour le libérer, s'il est assez profondément enfoncé.

On évitera donc de gratter le corps lui-même qu'on morcellerait ainsi, et surtout la cornée qu'on laboure si souvent inutilement, il peut restera quelques débris; on devra s'en débarrasser avec autant de soin que du corps étranger lui-même; car ils sont aussi gênants.

Si le corps est plus profondément situé, on incisera la portion sus-jacente de tissu cornéen, puis on extraira le corps par bascule, en évitant bien d'appuyer sur lui, de crainte de l'enfoncer davantage.

On devra toujours s'assurer, avant de renvoyer le malade, que tout a été enlevé. Plus faciles à avoir sont ceux qui ont déjà séjourné quelque temps; ils sont situés dans une zone ramollie qui les détache spontanément pour ainsi dire; cette zone grisâtre mortifiée doit elle-même être grattée bien complètement; elle joue le rôle d'un véritable corps étranger.

Souvent revient un malade qui présente encore, avec persistance, des phénomènes subjectifs, une teinte rouillée, au point d'implantation, il reste encore des parcelles à extraire de nouveau.

Bien que la tolérance de la cornée soit vraiment remarquable en pareils cas, il faut savoir que de petits abcès cornéens fort gênants peuvent se développer; de l'iritis traumatique peut apparaître, quelque fois de l'hypopyon pouvant menacer même d'accidents plus sérieux. Aussi doit-on prendre toujours des précautions antiseptiques, surtout si l'extraction a été laborieuse; s'il existait déjà un peu d'infection cornéenne...; on lavera donc l'œil avec grand soin; on appliquera même un pansement occlusif qu'on pourra enlever dès le lendemain, ou renouveler si les phénomènes inflammatoires et infectieux persistent, ou si l'ulcération créée ne s'est pas encore comblée.

Toutes ces précautions ont bien leur utilité; et il sera toujours au moins prudent de s'y conformer. Chez quelques malades, il peut persister durant plusieurs jours des sensations pénibles; la cocaïne en instillation modérée y remédiera; quelques gouttes d'atropine combattront enfin, s'il y a lieu, la réaction qui peut survenir du côté de l'iris.

Chez certains enfants absolument indociles, la chloroformisation peut devenir une nécessité, mais la chose est fort rare.

On nous pardonnera d'être entré dans tous ces détails bien fastidieux en apparence; mais le nombre de corps étrangers méconnus, mal enlevés, même à plusieurs reprises, on suivis d'accidents désagréables, est certes assez considérable dans

la pratique journalière, chez ceux qui n'y sont pas accoutumés, pour que nous ayons cru devoir y insister.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de l'angine diphtéritique chez l'enfant.

Les discussions sur la nature de la diphtérie paraissent aujourd'hui closes. La diphtérie est une infection primitivement locale. C'est sur place qu'il faut éteindre le foyer d'infection pour empêcher ses complications soit de voisinage (propagation au larynx, aux gauglions, angine gangreneuse) soit générales (endocardites, néphrites, paralysies diphtéritiques). Le traitement local dans les idées actuelles l'emporte donc de beaucoup en importance sur le traitement général.

Traitement local. — Soit une angine diphtéritique d'intensité moyenne sans coryza diphtéritique, sans croup. Deux cas peuvent se présenter : *A.* — Le petit malade peut être vu plusieurs fois par jour ou est entouré de gardes-malades expérimentés pouvant lui donner les soins nécessaires : *B.* — Le petit malade ne peut être vu qu'une à deux fois et la confiance du médecin dans l'entourage est des plus médiocres.

A. — Dans le premier cas on instituera le traitement local de Ruault qui devra être fait toutes les trois heures le jour (plus souvent même en cas de diphtérie grave), une fois seulement dans la nuit pour ne pas troubler le sommeil. Ce traitement comprend trois temps.

1° Ablation des fausses membranes. L'enfant est roulé dans une couverture, bien maintenu par un aide. En enfonçant l'abaisse-langue on ne le pousse pas trop loin pour éviter de faire saigner. On enlève les fausses membranes aussi doucement mais aussi complètement que possible soit avec des tampons de ouate hydrophile fixés sur une pince hémostatique, soit avec des pinceaux de molleton. Tampon de ouate et pinceaux sont brûlés dès qu'ils ont servi ;

2° Nettoyage de la bouche et du pharynx par des irrigations antiseptiques; le réservoir doit être élevé de près de 3 mètres, le tube d'écoulement avoir 3 millimètres d'orifice, le meilleur liquide est le suivant :

Eau	1000 grammes.
Acide phénique neige....	5 —
Glycérine	Q. s. pour dissoudre.

On fera passer chaque fois un litre de cette solution attiédie on surveillera la coloration noirâtre des urines signe d'un début d'intoxication. En ce cas on substituerait à la solution phéniquée l'eau boriquée tiède;

3° Attouchement de tous les points atteints par l'angine avec un pinceau trempé dans :

Acide sulforicinique......	50 grammes.
Phénol absolu............	10 —

De ces trois temps le premier et le dernier ne peuvent vraiment être bien exécutés que par un médecin. Mais les irrigations peuvent être confiées à un bon garde-malade. Pour plus de facilité on peut faire l'irrigation non par la bouche mais par le nez avec un embout nasal bien introduit horizontalement d'avant en arrière dans l'une des narines.

En cas de mauvaise angine, d'angine gangreneuse, c'est au traitement de Gaucher plus douloureux mais plus énergique qu'on aura recours. Ce traitement comporte les trois temps suivants : 1° ablation des fausses membranes ; 2° attouchements (assez douloureux) avec un pinceau trempé dans le mélange suivant et bien égoutté :

Camphre..................	20 grammes.
Phénol absolu............	5 —
Acide tartrique..........	1 —
Huile de ricin...........	15 —
Alcool à 90°.............	10 —

Grande irrigation antiseptique, dix minutes après l'attouchement.

B. — Si le médecin ne peut voir le malade qu'une ou deux fois par jour il fera à chaque visite le traitement de Gaucher. Dans l'intervalle des visites on peut confier à l'entourage même le plus ignorant les vaporisations phéniquées par la méthode de Renou. Dans la chambre de l'enfant on fait bouillir en permanence de l'eau avec une poignée de feuilles d'eucalyptus sur un petit fourneau à pétrole ou une lampe à alcool. On ajoute de temps à autre une cuillerée du mélange suivant :

Alcool de Montpellier	200 grammes.
Acide phénique neige.....	20 —

La quantité d'acide phénique consommée doit être de 1 gr. par mètre cube d'eau dans la chambre et par vingt-quatre heures. Diminuer en cas d'action irritante (sécheresse, picotement dans la gorge du malade et des assistants). Suspendez en cas d'urine vert olive.

Traitement interne. — Tous les médicaments : copahu, cubèbe, quinquina, quinine, perchlorure de fer, soufre, térébenthine sont inutiles et même nuisibles en enlevant l'appétit. On se défiera particulièrement du chlorate de potasse, de la belladone, de l'opium, toxiques et mal éliminés par le rein. Les vomitifs sont complètement inutiles dans l'angine sans croup. Tout se bornera donc :

1° A assurer au malade un air aussi pur et aussi abondant que possible (chambre vaste, non encombrée de meubles, propre, bien ensoleillée ;

2° A le nourrir autant que possible. On choisira des aliments faciles à avaler : potages, œufs à peine cuits, crêmes, lait, bouillou, chocolat, café, café au lait. On insistera sur les préparations qui plaisent au malades : racahout, crêmes aromatisées, glaces diverses. On insistera surtout sur l'alcool : malaga coupé d'eau, champagne, vieux bordeaux sucré, et sur le café.

Quand la gêne de la déglutition est due non à l'angine mais à la paresse du voile du palais les aliments un peu solides (purées diverses) sont parfois mieux avalés que les liquides.

Si l'enfant ne peut pas ou ne veut pas avaler, on l'alimentera de force en passant par une des narines une sonde en caoutchouc rouge de Nélaton n° 20. La simple menace de la soude suffit souvent pour le décider à manger.

Les repas doivent être fréquents mais une faute souvent commise est de faire manger ou boire l'enfant presque constamment. Trois heures au moins sont nécessaire entre chaque petit repas. On s'arrangera pour que les repas soient toujours faite une heure et demie au moins avant les manœuvres du traitement local. Sans cette précaution les cautérisations et même le simple lavage de la gorge provoqueraient des vomissements.

A. F. PLICQUE.

LETTRE D'ANGLETERRE

Anévrysme de la crosse aortique et du tronc brachio-céphalique. — Ligature des artères carotide et sous-clavière.

Le *British medical Journal* rapporte un cas d'anévrysme de la crosse aortique et du tronc artériel brachio-céphalique, observé à l'hôpital de Portsmouth, par M. COUSINS et traité par lui par la ligature en une seule séance de la carotide et de la sous-clavière droites.

L'observation mérite d'être résumée. Il s'agit d'un homme de 35 ans, charpentier, ne présentant aucun antécédent digne d'être mentionné. On n'a relevé chez lui aucune tare syphilitique.

Il y a un peu plus de deux ans, vers le mois d'octobre 1891, le malade ressentit de violentes douleurs thoraciques ; tout en cher-

chant la cause de cet état, il trouva lui-même à la base du cou une tumeur pulsatile.

Tant que les douleurs et la gêne respiratoire furent supportables il continua son travail, d'ailleurs très fatigant, mais vint un moment où le moindre effort fut suivi de suffocation et il se décida à demander les soins du chirurgien de l'hôpital de Portsmouth. La maladie avait, à la connaissance du sujet, quinze mois au moins de date, lors de son admission à l'hôpital.

La tumeur à ce moment surmontait l'articulation sterno-claviculaire droite et les symptômes qu'elle présentait, permirent de poser le diagnostic d'anévrysme du tronc brachio-céphalique.

Pendant trois mois, on lui appliqua le traitement médical : diète sèche, iodures, repos dans la position horizontale.

Le résultat fut nul et comme la situation de l'intéressé était assez précaire, il accepta l'intervention à lui proposée par M. Cousins.

L'opération fut laborieuse, mais on put espérer pendant quelques jours un heureux résultat. La première semaine fut bonne mais dès le 7e jour réapparurent tous les troubles fonctionnels et même ils se trouvèrent exagérés. Le 10e jour après l'opération, une hémorrhagie veineuse se produisit au voisinage de la tumeur. Cette première alerte fut suivie quatre jours plus tard de deux autres et le malade mourut treize jours après l'intervention.

L'autopsie démontra que la tumeur, qu'on avait jugé se limiter au tronc brachio-céphalique, comprenait la partie convexe de la crosse, jusque et inclues les origines des carotide et sous claviculaire à gauche. Le peu de succès de l'opération se trouvait par là même expliqué.

Myxœdème chez un enfant. Traitement par l'extrait thyroïdien.

Le traitement par l'extrait de thyroïde vient de donner un succès remarquable à M. Byron-Bramwell. Le cas dont il s'agit a été signalé à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg.

Une jeune fille de 16 ans était présentée dernièrement à M. Byron-Bramwell avec des symptômes non équivoques de myxœdème infantile. Toutes les apparences étaient celles d'un enfant de 3 ans environ, son poids ne dépassait pas 30 livres. Incapable de se mouvoir autrement que sur le ventre et par une sorte de reptation, l'enfant était complètement inintelligente, mais elle présentait des fonctions sensorielles intactes. La fontanelle bregmatique restait membraneuse.

Elle ne prononça, pendant les six semaines où elle fut observée, aucun son articulé.

La déglutition était fort empêchée par la saillie énorme que faisait la langue tuméfiée et pendante, il en résultait la nécessité de recourir aux aliments liquides.

Les parents et collatéraux sont tous bien portants.

Mais, comme l'a fait remarquer l'auteur de la communication, les cas de crétinisme sporadique sont assez fréquents dans certains quartiers d'Edimbourg.

Il n'y a entre le myxœdème, tel qu'on l'observe chez l'adulte, et le crétinisme sporadique infantile que des différences tenant à l'âge et, en premier lieu, ce qui frappe dans la symptomatologie, c'est l'arrêt simultané du développement intellectuel et physique.

La jeune malade de Byrom Bramwel n'avait plus aspect humain : elle se rapprochait plutôt de races animales ; les lèvres tuméfiées, tombantes, restaient écartées et entre elles venait faire saillie la langue gonflée. Le nez petit était écrasé à la racine, dilaté aux narines. La teinte rouge des pommettes, signalée dans le myxœdème, faisait défaut ici. Au niveau de la fontanelle antérieure, la tête restait nue, chauve.

Les membres étaient épais, durs, infiltrés ; le maximum des déformations se montrait aux extrémités.

Au niveau de la base du triangle sous-claviculaire, se voyait une tuméfaction pseudolipomateuse, se continuant en arrière avec l'œdème de la nuque.

Le traitement par l'extrait de thyroïde fut institué, mais la malade ne put jamais supporter plus de 5 gouttes à l'intérieur de l'extrait de Brady et Martins. Tous les essais pour augmenter la dose furent suivis de vomissements, d'excitation cérébrale et de fièvre. Huit mois durant, cette médication continua pour aboutir à un résultat remarquable. Ce fut d'abord la disparition de l'œdème tant aux membres qu'à la face et à la langue. La fontanelle s'est fermée, les cheveux sont venus la couvrir.

La malade en même temps augmentait sa taille d'un cinquième et si l'intelligence reste obtuse, elle n'en a pas moins une physionomie beaucoup plus éveillée et surtout plus humaine.

De l'extrait de thyroïde dans certaines affections cutanées.

Une communication intéressante vient d'être faite à la Société médicale de Londres, par M. Phinéas Abraham sur les effets de la thyroïdine dans diverses dermatoses. La forme adoptée par l'auteur de la communication est celle de tablettes données à la dose de deux ou trois, suivant la tolérance du sujet.

Appliqué à deux lépreux, ce traitement diminua les phénomènes fébriles. 65 cas de psoriasis furent traités par la thyroïdine. 17 cas sont de date trop récente pour entrer en ligne de compte dans l'étude des résultats. Des autres, un tiers fut amélioré, un tiers ne tira aucun bénéfice du traitement, les autres semblèrent plutôt présenter une augmentation du psoriasis. Les cas de lichen plan et d'eczéma ont bénéficié du traitement dans la moitié des cas.

Mais contrairement à M. Havilland Hall, M. Phinéas Abraham note dans la moitié environ des cas, l'apparition de phénomènes nerveux douloureux et même convulsifs à la suite du traitement.

L'orateur a tiré de son étude une série de conclusions que voici :

1° L'ingestion de substance thyroïdienne, incontestablement efficace dans le traitement du myxœdème et du crétinisme sporadique, constitue un moyen thérapeutique infidèle dans les dermatoses.

2° Un grand nombre de cas restent stationnaires, d'autres subissent plutôt une aggravation,

3° En revanche un effet curatif évident, se manifeste dans quelques rares cas.

4° On ne peut formuler aucune indication touchant les cas susceptibles d'amélioration par le mode de traitement.

5° Des phénomènes extracutanés désagréables peuvent résulter du traitement.

6° Il n'y a point à fonder d'espoir sur l'âge ou le sexe dans le pronostic du traitement.

M. Hingston Foy, répondant à son collègue, a fait remarquer que chez les animaux, comme chez la femme la qualité de la substance thyroïdienne variait avec la période menstruelle et qu'il y avait là une explication possible du peu de concordance des résultats. Aux chimistes revient le rôle d'étudier, d'isoler et de définir le principe actif et aussi de permettre à la thérapeutique d'utiliser un agent dosé et par là plus fidèle et plus constant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 février 1894. — Présidence de M. J. Rochard.

Élection d'un membre titulaire.

M. R. Blanchard élu à la majorité de 57 voix sur 77.

Carcinome du rein gauche. Néphrectomie transpéritonéale.

M. Le Dentu communique à l'Académie l'observation d'un homme de 41 ans, chez lequel il pratiqua une néphrectomie transpéritonéale, pour un volumineux néoplasme du rein gauche. Le péritoine n'avait pas contracté d'adhérences avec la tumeur, qui fut facile à énucléer. La guérison fut rapide. Le malade n'en reste pas moins exposé aux récidives.

A l'examen histologique, on trouva une dégénérescence cancéreuse occupant tout l'organe, sauf l'extrémité supérieure.

Variolo-vaccine.

M. Juhel-Renoy. — J'ai, avec mon interne à l'hôpital d'Aubervilliers, entrepris une série de recherches pour étudier les rapports de la vaccine et de la variole.

Au début de nos travaux, nous pensions confirmer simplement les expériences de Fischer et de Haccius, mais pour nous mettre en garde contre les inconvénients signalés par M. Chauveau, nous décidâmes de n employer que la lymphe variolique à l'exclusion du vaccin, pour pouvoir décider entre les théories des unicistes et des dualistes.

Nous eûmes pour nos expériences, un matériel neuf, des étables récemment construites et les génisses nous furent envoyées de province.

Par le choix de deux locaux différents et éloignés, pour nous assurâmes contre toute vaccination de surprise : les bêtes variolées étaient ainsi isolées.

Nous avons employé diverses méthodes pour vacciner nos génisses. Les cas de variole que nous avons choisis comme vaccinifères étaient aussi de gravités variables.

Plus de 300 inoculations ont été faites avec 25 varioles différentes Jamais nous n'avons obtenu d'éléments pouvant se rapprocher des types de vaccine. Une première série de génisses inoculées se trouvaient réfractaires à la vaccine, mais en inoculant une seconde série avec la lymphe variolique prise à la première, l'immunité ne se manifestait pas.

Nous nous rallions donc aux théories dualistes de M. Chauveau et de la commission lyonnaise ; la variole ne se cultive pas sur les bovidés en générations successives ; la vaccine, au contraire, réussit toujours pendant longtemps.

Variole et vaccine sont donc deux virus différents et quand même on admettrait une source commune, ce qui resterait à établir, elles ont subi de tels changements, qu'on peut affirmer la dualité de l'affection variolo-vaccinale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 février 1894. — Présidence de M. Fernet.

Déformation des doigts, simulant la main de Morvan et la main lépreuse.

M. Catrin. — Le malade dont il s'agit présente des déformations multiples des deux mains. Trois doigts sont surtout intéressés, l'index droit et le médius, qui ont perdu une partie de leurs phalangettes ; l'index gauche, où la phalangette et l'extrémité inférieure de la phalangine ont disparu. Ces trois doigts ont leurs extrémités difformes et ressemblent à des moignons cicatrisés vicieusement.

Tous les ongles présentent des troubles trophiques.

Les mains sont courtes, épaisses, ainsi qu'on l'observe dans la maladie de Morvan ou dans la lèpre : mais, chez ce malade, on ne trouve aucune dissociation de la sensibilité tactile, musculaire, thermique, etc.

Les réflexes sont normaux, les pupilles égales, le champ visuel normal. Sauf les troubles trophiques des ongles, rien ne pourrait faire croire à une affection nerveuse.

C'est presque aussitôt après sa naissance, que ce jeune homme présenta les troubles actuels.

Aucun antécédent personnel ou héréditaire n'a pu être relevé chez lui ; il se porte très bien. Ses frères et sœurs sont exempts de toute tare organique Nous ne croyons pas avoir affaire là à la lèpre ni à la maladie de Morvan.

Peut-être y a t-il là quelque chose d'analogue aux cas frustes de tabes dorsal spasmodique signalés par M. Marie, ou bien existe-t-il une maladie latente susceptible de se réveiller sous une influence inconnue ?

Purpura infectieux.

M. Antony. — Pendant la convalescence d'une bronchite, un de mes malades âgé de 22 ans présenta une éruption purpurée aux jambes, sans phénomènes fébriles ni généraux. Plusieurs poussées successives se déclarèrent dans le mois qui suivit : la localisation variant à chaque poussée.

L'examen microbiologique et les cultures du sang montrèrent sur les plaques comme en dehors la présence de staphylocoques blancs et dorés cinq fois sur huit. Le purpura infectieux, semble bien pouvoir être déterminé par une grande variété de microbes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 février 1894.

La lactophénine.

M. Landousky. — J'ai eu occasion d'expérimenter, dans le service de M. Proust, un produit nouveau, qui ne diffère de la phénacétine que par la substitution de l'acide lactique à l'acide acétique.

A la dose de 0 gr. 60 cent., à 3 grammes par jour : il m'a donné d'excellents résultats. Si la dose est faible, on obtient un effet analgésique comparable à celui de l'antipyrine. Une dose forte est de plus hypnotique. Les malades supportent bien son administration : j'ai noté cependant, chez quelques-uns, une légère transpiration et quelques étourdissements.

Absorption du gaïacol par la peau.

MM. Linossier et Lannois (de Lyon). — Les badigeonnages de la peau avec 2 grammes de gaïacol font absorber ce médicament : en effet, un quart d'heure seulement après le badigeonnage, l'urine contient déjà du gaïacol. Celui-ci y est en proportion maxima de une heure et demie à quatre heures après le badigeonnage. Après vingt-quatre heures, il n'en reste plus trace dans l'urine.

Hémorrhagie des capsules surrénales d'origine toxique.

M. Pilliet. — En faisant absorber à des animaux, par la voie gastrique, des essences, surtout des essences de girofles et de géraniums, j'ai obtenu chez eux des hémorrhagies des capsules surrénales. Certains poisons du sang, le chlorhydrate d'hydroxylamine entre autres, déterminent, par leur ingestion, une pigmentation de la partie médullaire des capsules, et cette pigmentation est due à l'accumulation de cristaux de méthémoglobine. Dans tous ces cas, la mort fut trop rapide pour qu'on pût constater les symptômes des lésions capsulaires.

M. Langlois. — Je ferai observer que M. Charrin et moi avons les premiers fait des recherches expérimentales de ce genre et que nos résultats ont été communiqués, il y a plus de six mois. L'infection pyocyanique a donné entre nos mains des résultats analogues à ceux que M. Royer nous communiquait dans la dernière séance et obtenus par lui avec un agent différent.

Séance du 10 février.

Atténuation du venin de vipère ; vaccination des animaux ; sérum antitoxique des animaux vaccinés.

MM. Phisalix et G. Bertrand. — Contrairement à l'opinion des auteurs classiques, nous avons pu constater que le venin de vipère perdait par l'ébullition, ses propriétés venimeuses et de plus, qu'il devenait ainsi vaccinant.

Nous avons employé pour nos expériences la dose minima mortelle pour un cobaye de 500 grammes, c'est-à-dire celle qui correspond à 3/10 de milligramme de venin sec. Dès 60° et après un quart d'heure de chauffage à cette température, le venin est très altéré. Une température de 75° lui enlève le pouvoir de tuer.

L'ébullition pendant vingt-cinq secondes, suivie de refroidissement brusque suffit pour que le venin perde son action locale. Il ne seulement par les troubles généraux en un à deux jours.

Les cobayes, inoculés avec un venin atténué par une température de 75 à 90°, résistent aux doses mortelles injectées quelques jours après.

De plus, tandis que le venin mortel habituel abaisse la température, le venin chauffé détermine de l'hypothermie.

Enfin le venin entier injecté à doses faibles et répétées engendre l'accoutumance, mais pas la vaccination.

Nous croyons pouvoir distinguer dans le venin plusieurs substances toxiques :

1° L'échidnase, substance phlogogène ;

2° L'echidnotoxine, qui amène au contraire l'hypothermie et les signes généraux.

Ces deux substances sont détruites ou peut-être modifiées et transformées en vaccin par la température de 75°.

La matière vaccinante ou échidnovaccin n'agit pas de suite : il lui faut environ quarante-huit heures au bout desquelles le sang est devenu antitoxique, comme nous avons pu le constater.

Le pouvoir antitoxique et vaccinal de ce sang peut être augmenté considérablement en augmentant de plus en plus les doses d'échidnovaccin chez un animal déjà vacciné. Il en est de cette antitoxine comme de celle du tétanos.

Nous espérons pouvoir obtenir une antitoxine assez intense pour l'utiliser comme agent curatif.

M. Kauffmann. — J'ai obtenu de mon côté du venin ne produisant que des phénomènes généraux en traitant le venin par certains agents chimiques.

J'ai aussi obtenu une immunité, en injectant des doses non mortelles du venin, mais cette immunité était très relative et ne pouvait s'opposer aux désordres produits par des doses un peu fortes de venin.

Immunisation artificielle des animaux contre le venin des serpents. Thérapeutique expérimentale des morsures venimeuses.

M. A. Calmette. — Je me décide, après MM. Phisalix et Bertrand à faire connaître une partie des recherches que je fais sur les venins au laboratoire de M. Roux à l'Institut Pasteur.

J'ai étudié le venin de 4 espèces différentes : le cobra capel, la vipère de France, le serpent noir et le serpent tigre d'Australie.

Tous ces venins sont très résistants à l'action des acides même *in vitro*.

Les températures de 75°, 80° ne modifient pas leur toxicité. Il faut pour cela les chauffer aux environs ou au-dessus de 100° pendant dix minutes au moins pour la plupart.

L'immunisation par les venins chauffés est efficace mais seulement contre des doses de venin non chauffé à peine supérieures à la dose mortelle même.

J'ai pu donner l'immunité contre des doses fortes à l'aide de 3 procédés :

1° L'accoutumance à des doses progressives ;

2° L'injection d'une dose plusieurs fois mortelle en même temps que du sérum thérapeutique ;

3° L'injection répétée de vaccin à dose mortelle, associé à des quantités décroissantes d'hypochlorate de soude ou de chaux.

L'immunisation demande trois semaines.

Le sérum des immunisés est *antitoxique, thérapeutique et préventif*, même à l'égard du venin d'origine autre que celui qui a servi à immuniser.

Il y a donc un grand rapprochement à faire entre les venins et les toxines diphtériques et tétaniques.

Pour le traitement des morsures de serpents, je suis très partisan des hypochlorites : j'emploie le chlorure de chaux au 1/12 et je le délaie au moment de l'usage pour faire une solution au 1/36. On a ainsi un grand dégagement d'acide hypochloreux. Les injections sous-cutanées ou intramusculaires ne sont pas douloureuses.

On peut donc espérer guérir des morsures, par l'injection des hypochlorates alcalins au point d'inoculation faite dans les minutes qui suivent la morsure et ensuite par l'emploi du sérum thérapeutique contre les phénomènes généraux.

Nombre des microbes du tube digestif.

MM. Gilbert et Dominici. — Chez le chien l'estomac est très riche en microbes.

L'intestin grêle en contient peu à son extrémité duodénale puis ils augmentent jusqu'au cæcum.

Le gros intestin en contient plus que le duodénum, moins que l'iléon.

Dans les espèces animales, il y a de grandes variantes :

Chez le lapin on ne trouve que peu d'organismes.

Le tube digestif de l'homme est, contraire au exceptionnellement riche en microbes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 février 1894. — *Présidence de* M. Lucas-Championnière.

M. Monod lit une note de M. Reboul, de Lille, intitulée : « Rupture traumatique de l'urèthre. Rétrécissement. Calculs périuréthraux. Abcès urineux. Fistules multiples. Pyéteonéphrite. Reconstitution de l'urèthre. Amélioration. »

De l'observation de M. Reboul, il résulte que même dans les cas très compliqués, ou l'appareil réno-utérin est infecté, la reconstitution de l'urèthre doit être tentée. Elle peut être souveraine dans les cas où seul l'appareil urinaire inférieur est intéressé.

Fracture transversale du sternum.

M. Michaux. — M. Poulain (de la Ferté-Macé) adresse à la Société de chirurgie l'observation très intéressante, dont je vous donne ici les traits saillants :

Il s'agit d'un homme, qui reçut un coup de corne de bœuf dans la région thoracique moyenne. La commotion post-traumatique disparue, le malade ne présentait qu'une gêne respiratoire assez intense, tenant à la difficulté de mettre en jeu ses muscles costaux. Il tenait la tête penchée en avant.

En l'examinant, le Dr Poulain trouva, au niveau de la partie moyenne du sternum, une ecchymose, et tout autour la région était tuméfiée. En passant le doigt sur le sternum, il lui fut facile de sentir une saillie au-dessus de laquelle existait une dépression. Le sternum était fracturé. Ce trait de fracture presque horizontal correspondait aux 3es espaces intercostaux. Il était distant de 10 centimètres de l'appendice xyphoïde, de 9 centimètres de la fourchette sternale. Le fragment inférieur chevauchait sur le supérieur.

Un bandage circulaire et l'application d'un tampon sur le sternum amenèrent la guérison sans incidents.

Ce cas mérite d'être signalé, à côté de celui de M. Tillaux et d'un autre encore où la fracture avait été produite par le choc d'un timon de voiture sur le sternum.

Hystérectomie totale abdominale dans certaines affections des annexes.

M. Delagenière (du Mans). — Je présente à la Société l'observation d'une malade chez laquelle j'ai fait pour des suppurations des annexes l'hystérectomie totale par la voie abdominale.

En face des lésions des annexes, les avis des divers chirurgiens sont divisés : les laparotomies, que choisissent un bon nombre d'opérateurs, ne s'adressent qu'aux annexes, elles sont loin de donner un succès constant. Pour ma part j'ai dû attendre un an la guérison d'une de mes opérées. Chez d'autres, j'ai dû faire une seconde opération complémentaire. L'hystérectomie vaginale m'a donné encore moins de succès et j'ai dû, dans un cas faire plus tard une laparotomie secondaire. En face des insuccès donnés par chaque méthode, je les ai associées et ai cherché l'idéal en enlevant à la fois l'utérus et les annexes par la voie abdominale. Cela me permettait de faire une extirpation complète, ce que la voie vaginale ne permet pas, dans les cas où les annexes ont contracté des adhérences solides.

La malade dont il s'agit avait été préparée avec soin ; l'opération fut faite dans la position déclive.

Je trouvai l'utérus fixé et les annexes masquées et cachées dans le petit bassin. Je parvins à les décoller du côté gauche d'abord,

puis du côté droit. De chaque côté, les clamps et les ligatures à la soie amenèrent l'hémostase. J'enlevai les annexes.

Je fis sur l'utérus une incision en collerette et je la prolongeai en arrière pour faciliter la désinsertion du vagin.

Les suites opératoires furent simples. La malade est parfaitement guérie.

M. Pozzi. L'opération telle que la pratique M. Delagenière, est tout à fait à l'ordre du jour en Amérique. Il y a eu à la Société de New-York une discussion à ce sujet, à laquelle ont pris part Peck, Lask et Baldi. La raison qui leur fait choisir cette opération est qu'ils font mal et difficilement l'hystérectomie vaginale.

M. Routier. Il y a six ou sept ans j'ai fait l'hystérectomie abdominale avec ablation des annexes, dans un cas où, l'utérus avait été fort malmené pendant la première partie de l'opération et où je redoutais de l'abandonner dans l'abdomen. Je ne voudrais pas cependant ériger ce fait en méthode. En effet actuellement dans un cas analogue, je choisirais l'hystérectomie vaginale.

M. Chaput. J'ai présenté à la Société, 6 observations où j'ai fait l'ablation complète, mais j'ai toujours commencé l'opération par la voie vaginale, puis l'ai continuée par la laparotomie.

Je ferai quelques réserves sur l'innocuité de l'opération, car un 7e cas récent se termina par la rupture d'une poche dans l'abdomen et une péritonite mortelle se déclara.

M. Segond. J'ai fait plusieurs fois des ablations totales par laparotomie, mais je pense et je juge que pour les suppurations pelviennes. l'opération de M. Delagenière est trop grave, beaucoup plus que l'hystérectomie vaginale. Il m'est avis que toutes les fois que les annexes sont susceptibles d'être enlevées par la voie abdominale, elles peuvent l'être par le vagin.

M. Reclus J'ai changé d'avis sur l'opération à choisir dans ce cas. La laparatomie me semble l'opération préférable, d'autant plus qu'elle est très facilitée par la position déclive.

L'opération de M. Delagenière me semble avoir les inconvénients des deux méthodes sans en avoir les avantages.

M. Quénu. — Dans certains cas les annexes malades sont ou trop adhérentes ou trop élevées pour être enlevées par la voie vaginale aussi pour ces cas je préfère la laparotomie.

M. Reynier. — Pourquoi M. Delagenière a-t-il enlevé l'utérus et les annexes dans une seule séance? Il suffisait de faire l'ablation des annexes, et de renvoyer à une date ultérieure l'hystérectomie si elle restait nécessaire et alors la voie vaginale était tout indiquée.

Cystostomies chez les prostatiques.

M. Lejars présente les relations de cystostomies pratiquées chez quatre prostatiques. Chez le premier la méthode de Merry fut employée, chez les autres ce fut le procédé de Poncet.

Un des malades mourut par suite de lésions rénales très avancées. Les trois autres ont éprouvé une véritable transformation de leur état.

M. Lejars, sans vouloir entrer dans la discussion des indications, estime que l'opération est très recommandable chez les prostatiques qui ont une rétention aiguë ou dans les cas de cystite purulente.

L'opération est fort simple et nullement nocive.

Technique de la taille hypogastrique.

M. Bazy communique à la Société les modifications qu'il a cru devoir apporter à la technique de la taille hypogastrique dans sa pratique personnelle.

Outre la suppression du ballon de Pétersen et la diminution de la quantité de liquide à introduire dans la vessie, les modifications portent surtout sur l'incision et la suture de la vessie.

L'incision se faisait autrefois d'un seul coup : l'urine, le sang, le pus venaient infecter la plaie et marquaient momentanément les lésions et la source des hémorrhagies.

M. Bazy saisit la vessie près de son sommet avec des pinces à dents fines, fait une petite incision à la vessie et y introduit une sonde par où elle se vide sans infecter la plaie. L'incision est alors prolongée lentement, les vaisseaux liés au fur et à mesure de leur section. Dans les cas où un cathétérisme évacuateur n'a pu être fait avant l'opération, l'opérateur fait sur la vessie une ponction avec un appareil aspirateur avant d'inciser.

Sauf la valve supérieure, les valves diverses employées dans la taille peuvent être remplacées par des éponges montées.

L'opération vésicale terminée, on se conduira de façon variable suivant les cas. Les tubes du Périer sont abandonnés, on suture la vessie par un surjet ou des catguts fronçant la paroi (suture en bourses enchevêtrées) ou on établit une bouche vésicale.

Si on fait le tamponnement de la vessie, au lieu du drainage abdominal, M. Bazy emploie la sonde urétrale en gomme n° 21 ou 22 dont il coupe l'extrémité dans la vessie.

R. Marmasse.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 8 février 1894. — Présidence de M. Besnier.

Un cas de sclérémie indéterminée.

M. Du Casal. — M. Du Casal présente, sans poser de diagnostic ferme, un malade atteint d'épaississements en nappes du derme et des tissus sous-cutanés. Les cuisses, surtout à leur face interne, offrent une consistance dure, lardacée. C'est état se retreuve dans la région lombaire et aux fesses. Les testicules aussi sont atteints. Les lésions sont en quelque sorte localisées à la moitié inférieure du corps (région lombaire, fesses, cuisses, jambes). L'extrémité inférieure des jambes et des pieds sont indemnes. L'évolution de ces lésions s'est faite lentement. La coloration de la peau au niveau des régions atteintes est foncée, plus brunâtre que sur le reste du corps (érythromélalgie). Le malade est un névropathe avéré.

Pour la discussion qui suit cette intéressante communication, M. E. Besnier fait remarquer qu'il s'agit là d'un cas presque unique. Il ne semble pas qu'on ait déjà signalé d'observation tout à fait semblable. Mais il existe des faits avoisinants dans le groupe, non point de la sclérodermie vraie, mais des sclérodermies indéterminées.

Syphiloïde papuleuse.

M. Fournier. — M. Fournier fait une communication de grande importance clinique. Il s'agit de lésions non syphilitiques périanales chez une petite fille, lésions simulant à ce point la syphilis papulo-hypertrophique géante, érosive, qu'une histoire analogue vécue il y a un an, a tenu emprisonné pendant six mois à Mazas, un malheureux accusé de tentative de pédérastie. L'accusation était établie sur la présence de lésions, prétendues syphilitiques périanales, chez un petit garçon. Ces lésions n'avaient d'autres causes, dans le cas actuel, que des productions papillomateuses développées au niveau d'érosions banales, sous l'influence d'irritations constantes, dues à la malpropreté et à l'incurie.

Scrofulo-tuberculose cutanée.

M. Louis Vickam rapporte un cas de scrofulo-tuberculose cutanée, ayant débuté il y a vingt-quatre ans par le pied.

La tuberculose a envahi, de bas en haut, une partie du membre inférieur gauche et du bras gauche. On trouve à la fois des nodules brunâtres, typiques, de lupus naissant, des plaques de lupus exfoliatifs presque psoriasiforme au centre desquels il existe une dépression cicatricielle ; du lupus végétant, du lupus exilieus ulcéreux superficiel. Enfin, au poignet existe une fistule conduisant à des caries osseuses et témoignant de l'évolution antérieure d'abcès froids osseux. Il y a donc, dans ce cas, coexistence très nette de lupus et de tuberculose ; ces faits sont assez rares ; ils viennent corroborer, par la clinique, l'opinion actuelle de la nature tuberculeuse du lupus.

Là ne se borne point l'intérêt de l'observation. On constate à la

face dorsale du pied gauche 7 énormes tumeurs papillomateuses. framboisoïdes. Ces masses, de la grosseur d'un œuf de poule, reposent sur des tissus éléphantiasiés. Pendant dix ans, les lésions lupiques du pied ont été le point de départ de poussées érysipélatoïdes. Peu à peu, les tissus se sont infiltrés, épaissis à l'état chronique. Actuellement l'éléphantiasis du pied et de la moitié inférieure de la jambe est constitué et les tumeurs papillomateuses qui s'y ajoutent, contribuent à la grande déformation de la région malade.

Sur un cas de dilatations généralisées, congénitales et héréditaires, des vaisseaux cutanés.

M. Gastou. — Cette lésion extrêmement rare, on en a signalé à peine une ou deux semblables, consiste en placards et en bandes irrégulières, siégeant sur le tronc et les membres, leur coloration est violacée. Ces lésions paraissent congénitales, car la fille du malade en présente aussi, et elles ont existé chez elle depuis sa naissance.

Ces lésions de l'ordre des nævi et des télangiectasies paraissent liées à un mauvais état du système nerveux. Le malade présenté est paralytique général.

Sur un eczéma végétant à progression excentrique.

M. Hallopeau. — Voici les conclusions du travail : 1° l'eczéma séborrhéique peut se compliquer d'une dermite pustuleuse et végétante ; 2° la lésion initiale des plaques d'eczéma séborréique peut être une vésicule, une pustule ou un simple soulèvement épidermique sans exsudation ; 3° ces plaques d'eczéma s'accroissent par l'extension progressive de ce soulèvement épidermique ; 4° on peut observer chez le même sujet, en différentes régions, des plaques sèches, des plaques pustuleuses et des plaques végétantes ; 5° la plus grande partie du cuir chevelu peut être envahie par cette dermite végétante ; il en résulte une alopécie ; 6° selon toute vraisemblance, ces lésions à progression excentrique sont provoquées par le développement d'un microbe encore indéterminé.

Louis Wickham.

REVUE DES JOURNAUX

Système nerveux.

Des contusions de la tête et de la commotion cérébrale en rapport avec des troubles intellectuels, par M. Lébedeff. (*Archives de psychiatrie de Russie*, t. XXII, livr. 2.)

L'auteur, après avoir recueilli 18 observations relatives au sujet en question dans la section de psychiatrie de l'hôpital militaire de Nikolaieff à Saint-Pétersbourg, les divise en trois catégories, au point de vue étiologique : 1° traumatisme de la tête ou commotion cérébrale sans complications dues à quelque affection antécédante ; 2° cas d'origine héréditaire ; 3° cas basé sur un terrain syphilitique ou alcoolique.

Conclusions :

1° Dans les traumatismes de la tête, il importe de distinguer la contusion de la commotion cérébrale ; la première à des conséquences moins sérieuses que la seconde ; plus la commotion cérébrale est forte, plus rapidement se développe la paralysie ;

2° La commotion cérébrale est, apparemment, plus tolérée à l'état jeune qu'à l'âge adulte ;

3° L'aspect des troubles psychiques, dans le traumatisme de la tête, n'a rien de typique ; il est des plus variables suivant les conditions personnelles ; en rapport avec l'hérédité, la syphilis, l'alcoolisme et d'autres affections antécédantes aux accidents traumatiques ;

4° Quant à la manière dont a été effectuée la contusion, elle ne paraît pas avoir, en l'espèce, d'autre portée, c'est-à-dire qu'il doit importer peu de savoir si le coup a été donné, par exemple, avec un instrument obtus ou bien s'il ne s'agit là que d'une contusion occasionnée par une chute. La grosse question est d'être fixé sur le degré de commotion cérébrale ;

5° L'hérédité ne semble pas jouer un rôle aussi essentiel que l'alcoolisme ou la syphilis ; elle ne fait que contribuer au développement de la psychose, mais ne détermine nullement l'issue défavorable de la maladie ;

6° La syphilis de l'encéphale simule considérablement des accidents traumatiques de la tête et ses phénomènes peuvent être pris être aisément pour ceux de la paralysie progressive d'origine traumatique ; la syphilis est sans influence notable sur le cours de l'affection à condition qu'on y oppose un traitement antisyphilitique rigoureux ;

7° La paralysie progressive traumatique se développe souvent lentement et insensiblement sans affecter des phénomènes accusés immédiatement après l'accident ;

8° Des manifestations cérébrales apparaissent ou de suite après le traumatisme ou bien au bout d'un certain temps, parfois quelques années après la contusion. Ceci est, d'ailleurs, en connexion avec l'âge du malade, avec sa prédisposition organique, ses antécédents, etc. La faculté au travail s'affaiblit habituellement à la suite de ces sortes d'accidents, et cela *crescendo*.

Du traitement de l'épilepsie par l'excision du nerf sympathique, par M. Bogdanik. (*Przeglad lekarski*, n° 7, 1893; *Przeglad chirurgiczny*, 1893, t. I, fasc. 1.)

On sait que dans le traitement de l'épilepsie par la ligature de l'artère vertébrale, la lésion involontaire du grand nerf sympathique n'est pas sans effet sur le résultat de l'intervention chirurgicale.

M. Bodgdanik, partant de ce principe, a eu l'ingénieuse idée de pratiquer l'excision d'une partie du sympathique sans faire de ligature de l'artère vertébrale.

L'opération a été faite chez un garçon de 16 ans atteint d'accès graves d'épilepsie depuis deux ans.

Voici comment l'auteur a procédé : après avoir mis à nu le ganglion médian du côté gauche, situé immédiatement au-dessous de l'artère thyroïdienne inférieure, celui-ci a été excisé avec des ciseaux. Le résultat fut des plus satisfaisants : le malade qui, malgré le bromure de sodium, avait tous les jours de graves accès avec perte complète de connaissance, guérit au bout de trois semaines.

M. Bogdanik fait judicieusement remarquer qu'il ne faudrait pas trancher la question d'une façon définitive, et cela en raison du petit nombre d'observations de ce genre, et par suite de l'étude relativement peu approfondie du malade.

Il est également admissible que l'opération ait eu une action psychique et que les accès réapparaissent dès que le nerf sera régénéré.

Au surplus, l'excision du nerf sympathique constituant une intervention justifiée au point de vue théorique, il y aurait lieu de la pratiquer en présence d'une épilepsie idiopathique dont la cause déterminante, comme l'on sait, est généralement inconnue.

Dr Gutman.

LES LIVRES

Société d'Editions scientifiques, place de l'École-de-Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

De l'urèthrite chez la femme, *ses formes, ses variétés et sa microbiologie*, par le Dr Gaston Richard d'Aulnay.

Wien und Leipzig Wilhelm Branmüller. K. u. K. Hof. und. universitats Buchhändler, 1893. Jahrbuch der Wiener K. K. Kranken-Anstalten. Herausgegeben Von der K. K. N. O Statthalterei I. Jahrgang, 1892.

Le « gros mal » du moyen âge et la syphilis actuelle, par le Dr F. Buret. — In-16 de 320 pages, avec une gravure du xve siècle et une préface de M. Lancereaux, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, etc. (*Envoi franco contre un mandat-poste de 4 francs*, adressé M le Directeur de la Société d'éditions, 4, rue Antoine-Dubois.)

Le Dr Buret n'est plus un inconnu. Le monde savant, de même que le public, n'ont pas oublié **la syphilis aujourd'hui et chez les anciens** — ouvrage presque épuisé maintenant — que nous avons édité en 1890.

Toute la littérature antique (Chine, Japon, Inde, Assyrie, Egypte, etc.) a été fouillée. Les auteurs grecs et latins, qui fourmillent de calembours et de jeux de mots.... piquants — pour ne pas dire plus — ont été l'objet d'une étude attrayante aussi bien pour le savant que pour l'homme du monde qui veut s'instruire sans fatigue.

Le volume qui est mis en vente aujourd'hui, le **« gros mal » du moyen âge et la syphilis actuelle**, fait suite au précédent. Cette fois, l'ancienneté de la syphilis est absolument démontrée : s'il en existait encore un doute, celui-ci n'est plus possible dès qu'on a lu les textes — tous traduits — des auteurs du moyen âge qui écrivaient, soit en latin, soit en vieux français. L'ouvrage est pour ainsi dire une longue suite d'anecdotes des plus suggestives, qui instruisent en amusant. Les délicats des lettres y trouveront des textes curieux, fidèlement reproduits, photographiés pour ainsi dire; le public sera édifié par une traduction rigoureuse des citations que l'auteur analyse et discute à fond.

N. B. — Dorénavant, la *Gazette médicale* annoncera ou analysera les seuls ouvrages qui auront été envoyés en double à l'administration du journal, 28, rue Vignon.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 12 FÉVRIER AU 17 FÉVRIER 1894.

A. — Examens.

Lundi 19. — *Pathologie externe* (1re série). MM. Pinard, Delbet. — *Pathologie externe* (2e série). MM. Terrier, Lejars, Varnier.

Mardi 20. — *Médecine opératoire.* MM. Guyon, Panas, Poirier. — *Clinique chirurgicale* (Charité). MM. Duplay, Schwartz, Albarran. — *Clinique médicale* (Charité). MM. Laboulbène, Chantemesse, Ménétrier.

Mercredi 21. — *Clinique obstétricale* (clinique Dandelocque). MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Varnier.

Jeudi 22. — *Pathologie externe* (1re série). MM. Panas, Nélaton, Bar. — *Pathologie externe* (2e série). MM. Tarnier, Le Dentu, Bar.

Vendredi 23. — *Clinique chirurgicale* (Charité: 1re série). MM. Tillaux, Lejars, Jalaguier. — *Clinique chirurgicale* (Charité, 2e série). MM. Terrier, Ricard, Tuffier. — *Clinique médicale* (Charité). MM. Strauss, Chauffard, Marie.

Samedi 24. — *Physiologie.* MM. Mathias-Duval, Quénu, Gley. — *Clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu). MM. Duplay, Schwartz, Brun. — *Clinique médicale* (Hôtel-Dieu). MM. Debove, Joffroy, Chanemesse. — *Clinique obstétricale* (clinique de la rue d'Assas). MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

B. — Thèses.

Mercredi 21. — *M. Teissier* : Lésions de l'endocarde chez les tuberculeux. — MM. Potain, Straus, Dejerine, Letulle.

M. Julie: Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde observée dans le département de la Lozère. — MM. Potain, Straus, Dejerine, Letulle.

M. Bruneau : De la caféine, ses indications dans certaines maladies aiguës chez les enfants. — MM. Potain, Straus, Dejerine, Letulle.

Jeudi 15. — *M. Gabriel Colin*: Traitement des cystites par les instillations de sublimé. — MM Guyon, Mathias-Duval, Retterer, Albarran.

M. Martin : Recherches anatomiques et embryologiques sur les artères coronaires du cœur chez les vertébrés. — MM. Mathias-Duval, Retterer, Albarran.

M. Baez : Traitements palliatifs de la salpingite non enkystée. — MM. Laboulbène, Cornil, Marfan, Letulle.

M. Rochette : Etude sur la découverte de la circulation pulmonaire. — MM. Laboulbène, Cornil, Marfan, Letulle.

M. Golesceanu : Essai sur l'emphysème pulmonaire des adolescents. — MM. Cornil, Laboulbène, Marfan, Letulle.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Hôpitaux de Paris.

Le concours de l'externat. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes, classées par ordre de mérite :

1. Veau, Nattan, Schwartz, Caboche, Cange, Aribat, Clermont, Angelesco, Stanculeanu, Loewy.

11. Berthier, Slatinéanu. Legueu, Géraudel, Blanc, Labey, Martinet, Rosenthal, Sicard, Planque.

21. Maury, Terrien, Vanverts, Salmon, Esmonet, Hepp, Bourgeois (Henri), Bise, Bonamy, Chevereau.

31. Le Sourd (François), Chifoliau, Clamouse, Degorce, Eustatin, Gauchery, Manheimer, Perrée, Tesson, Jacobson.

41. Mendaille, Ozo, Rebreyend, Roux (Jean), Sicard (Léon), Guillou, Guibé, Le Meignen, Millhiet (Henri), Hennequart.

51. Jacob. Bobier, Bonnard, Desvaux, Coronat, Chevé, Gamblin, Laisné, Merklen, Polx.

61. Ravaut, Sallé, Martin, Sichel-Dulong, Rogier, Olgiati, Grésillon, Callais, du Pasquier, Popesco.

71. Lamarre, Margouliès, Page, Pupier, Baudré, Bauer de Rotschild, Macrez, Fanvel, Richard (Edonard).

81. Tourlet, Weill (Georges), Goudard, Guillemin, Ingelhrans, Lacapère, Comte (Albert), Drouet, de Gorsse (Bertrand), Bigeard.

91. Deneux, Roche (Louis), Meunier, Lefilliâtre, Fialon, Lamouroux (Jean), Michel (Auguste), Monscourt, Bernard, Mouchotte.

101. Bricet, Roques de Fursac, Paris, Maréchal, Hurtaud, Truelle, Lenoble (Edmond), Delamarre, Argétoiano, Le Sève.

111. Millienne, Caillaud, Deschamps, Cucu, Ferester, Laugier, Millet (Georges), David, Simon (Théodore), Célos.

121. Palle, Weill (Benjamin), Mlle Leclerc, Laubry, Lucins, Charpentier, Santieux, Rodiet, Mercier (Edmond), Gennet.

131. Toupart, Noïca, Piedvache, Morel (Jules), Netter, Vassal, Kahn, Fosse, André, Garlopeau.

141. Godefroy, Bosredon, Auclair, Battier, Monod (René), Brès, Gosselin, Gascon, Guillemard, Wateau.

151. Rolet, Royer (Pierre), Lacour, Lacaille, Cavasse, Launay, Posth, Ranson, Huguier, Bratiano.

161. Bacquelin, Germond, Trémolières, Paquet (Félix), Dumas (Pierre), Gombault, Besredka, Auneau, Cherbetian, Le Dard.

171. Nimier, Pigault, Leboeuf, Herzenstein, Jonsset, Monel, Petit, Turquet, Lachâtre, Daumy.

181. Couillard, Bouvet, Drouin, Lozé, Maudemain, Drouard, Monod (Louis), Ménétrel, Bertrand (Maximilien), Nicolaïdi.

191. Chambon, Kermetchieff, Denis, Courtois-Bertrand (Henri), Rinuy, Gil, Tixier (Félix), Souberbielle, Hamant.

201. Blivet, Mauchamp, Orlswski, Lihou, Valençon, Bonnel, Bizard, Bonulot, Latteux d'Espagne, Dauzats.

211. Dezirot, Daniel, Lévy (Moïse), Pertat, Souleyre, Mirande, Roche (Charles), Cury, de Combarel, Lalanne.

221. Polle, Dardelin, Bohn, de Oliveira Néry, Moty, Féllzet, Dimitrescu, Lefrançois, Gosset, Thorp.

231. Legros, Heuzard, Barre, Safas, Pestel, Beaufort, Aubry, Desjardins, Percheron, Ripault.

241. Veinberg, Stoicescu, Schutzenberger, Renard, Nass, Riche, Clavau-Ribourgeon, Picard, Guerlain, Sée.

251. Papillon, Tonnellier, Renon, Rabaut, Tardif (François), Coulon, Leraitre, Pochon, Anghel, Ardouin.

261. Duhost, Nafilian, Nikonoff, Faraut, Charpentier (Emmanuel), Ginéanu, Julis (Paul) Desmaroux, Balli, Bourgeois (Fernand).

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 8 — 24 Février 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE DES MALADIES DE LA GORGE ET DU NEZ

HOPITAL LARIBOISIÈRE — M. LE DOCTEUR GOUGUENHEIM

Leçon recueillie et rédigée par M. ESTRABAULT, interne du service.

Des abcès rétro-pharyngiens.

Il y a des maladies qui, bien que rares, attirent par leur dangereuse symptomatologie l'attention des observateurs d'une manière telle que leur description devient plus classique que celles d'autres beaucoup plus fréquentes. L'abcès rétro-pharyngien est une de ces maladies. C'est, en effet, une affection à grand fracas, qui se produit avec des phénomènes tellement marqués et si violents que l'observation en est inoubliable et que leur description en devient de ce fait plus aisée que celle d'affections si fréquentes, si communes, comme les amygdalites aiguës et phlegmoneuses que je vous ai décrites précédemment.

L'abcès rétro-pharyngien est donc une maladie rare, à tel point que Bockai n'a pu en réunir que 140 à 150 cas. Pour ma part, je crois bien n'en avoir point observé plus de 20 cas dans une période de 15 ans ; j'en rencontre peut-être deux à trois cas par an, en moyenne.

L'abcès rétro-pharyngien a une histoire qui remonte déjà assez loin. Il y a soixante et quelques années qu'un auteur, dont le nom doit être retenu, Mondière, écrivait, dans les *Archives de Médecine,* une série d'articles sur les œsophagites aiguës et chroniques ; cet auteur n'ayant pas vu à l'examen du fond de la gorge cette affection qui siège, en effet, bien plus bas que celles qui entraînent ordinairement la dysphagie, décrivit l'abcès rétro-pharyngien comme œsophagite.

C'est trente ans plus tard que nous voyons des cliniciens très autorisés, non seulement localiser cette affection à sa vraie place, dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien, mais, en déterminer la cause la plus habituelle, c'est-à-dire l'inflammation préalable des ganglions cervicaux préracbidiens et l'envahissement consécutif du tissu cellulaire ambiant.

C'est aux recherches des anatomistes français que nous devons cette importante notion étiologique, et qu'il nous soit permis de citer les noms de *Sappey*, de *Simon* et de *Gillette*, c'est de-là vraiment que datent nos connaissances sur l'origine des abcès rétro-pharyngiens. L'étude de ces ganglions, qui a fait l'objet de la *thèse* de *Gillette* (1867), avait été aussi faite par un anatomiste allemand, *Luschka*, dont le nom vous est bien connu en raison de ses études classiques sur l'amygdale pharyngée, qui porte son nom, en souvenir de sa magistrale description.

Ces ganglions, dont l'inflammation est l'origine des abcès rétro-pharyngiens, se trouvent des deux côtés de la colonne vertébrale, dans sa portion cervicale. J'insiste sur ce point qu'ils sont situés sur les côtés et non au milieu, le long de toute cette partie du rachis, et cette dernière notion, comme le verrez tout à l'heure, a son importance, car le siège de ces ganglions a servi en quelque sorte de patron à la division des abcès rétro-pharyngiens.

En résumé donc, l'abcès rétro-pharyngien est une affection rare qui, prise au début de son histoire, pour de l'œsophagite, ne fut mise au point qu'après les recherches anatomiques.

C'est une inflammation du tissu cellulaire périganglionnaire, c'est en réalité un adéno-phlegmon.

Ces ganglions, dont l'inflammation développe un phlegmon de la région, sont les aboutissants de tous les lymphatiques des voies respiratoires supérieures : fosses nasales, pharynx supérieur et inférieur. Par conséquent, toutes les affections catarrhales chroniques de ces muqueuses retentissent sur ces ganglions, et pour peu que le sujet soit scrofuleux, tuberculeux ou syphilitique, une cause occasionnelle, banale, telle que le *froid*, pourra engendrer l'inflammation de ces ganglions et déterminer l'apparition de l'affection.

C'est la fréquence du *lymphatisme*, si commun chez les nouveaux-nés et les petits enfants, qui les prédisposera particulièrement à cette affection, plus souvent observée à cet âge que plus tard.

Le *traumatisme* sous forme d'érosion de la muqueuse

pharyngée par un corps étranger, un fragment d'os le plus souvent, ou à la suite d'un cathétérisme pratiqué avec un instrument septique, pourra engendrer aussi l'abcès rétro-pharyngien, qu'on a en effet signalé chez les aliénés sujets à cette variété de causes occasionnelles.

Les fièvres éruptives qui ont un retentissement si facile sur le système ganglionnaire constitueront aussi une cause de l'abcès rétro-pharyngien.

Il n'y a pas que les ganglions qui pourront être le point de départ de collections purulentes rétro-pharyngiennes, nous citerons encore la tuberculose de la colonne vertébrale, le *mal de Pott sous occipital*; les abcès rétro-pharyngiens symptomatiques de cette variété de mal de Pott sont peut-être aussi fréquents que tous les autres abcès rétro-pharyngiens réunis.

L'étiologie que je viens de présenter permet de diviser cliniquement les abcès rétro-pharyngiens en abcès *aigus* et *chroniques*.

Autre division : les ganglions rétro-pharyngiens sont échelonnés le long de la colonne cervicale, et, je vous l'ai dit plus haut, ce *siège anatomique* a servi à distinguer les abcès rétro-pharyngiens; la place la plus fréquente de ces abcès est la *partie la plus inférieure du pharynx*. D'où l'erreur de Mondière qui les avait décrits sous le nom d'œsophagite. Bien que les ganglions soient situés sur les côtés du rachis, c'est surtout au milieu que les abcès rétro-pharyngiens se développent avec le plus d'ampleur, et c'est peut-être là aussi la raison qui avait fait supposer à Mondière le siège œsophagique.

Une autre situation est celle des *abcès latéro-rétro-pharyngiens*; ici c'est le pharynx buccal, proprement dit, qui est envahi, et cet abcès profond et latéral a été confondu assez facilement par les auteurs, avec l'amygdalite phlegmoneuse. Les complications d'hémorrhagies qui ont été rapportées à l'amygdalite phlegmoneuse ont dû presque toujours naître dans le cours d'un abcès latéro-rétro-pharyngien.

Il est enfin une *troisième situation anatomique*, celle de l'abcès rétro-pharyngien *siégeant en haut* en avant de l'atlas et de l'occipital. Cette variété, admise dans le *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, je ne l'ai jamais observée; elle doit se rencontrer très rarement.

Nous allons étudier la forme la plus habituelle, c'est-à-dire l'abcès rétro-pharyngien inférieur aigu ou chronique. Qu'ils soient aigus ou chroniques, ces abcès rétro-pharyngiens siègent toujours très bas, au niveau de l'orifice du larynx, près de l'entrée de l'œsophage. Ces abcès rétro-pharyngiens ont été l'objet d'études restées classiques dans la thèse de Gillette, en 1867; dans celle de Rostan, en 1875; les classiques étrangers sont, en Allemagne : Schmidt et Bockai. C'est une affection le plus souvent de la première enfance; on peut cependant la rencontrer, mais plus rarement, à un âge plus avancé.

Les *symptômes* sont variables suivant l'âge du malade et le degré d'acuité de l'affection. Chez les tout jeunes enfants, la marche en peut être très rapide, et l'affection devient fatale si elle n'est pas reconnue à temps. Il est donc de la plus haute importance de la reconnaître.

Ici, comme dans la plupart des angines, vous pouvez avoir une période préangineuse. Chez les très jeunes enfants, c'est une fièvre violente, des convulsions, des contractions tétaniques des muscles cervicaux; mais chez l'enfant en bas-âge, ces symptômes sont communs à tant d'affections aiguës qu'ils ne sauraient suffire à faire soupçonner l'abcès rétro-pharyngien. Toutefois chez le nourrisson, il est un caractère qui permet, avec un peu d'attention, de dépister l'affection : l'enfant qui crie fort et ne présente aucune altération de la voix, abandonne le sein à tout moment en projetant sa tête en arrière et, l'obstacle grandissant, il finit par refuser de téter. Aussi, lorsque chez un enfant l'abandon fréquent du sein et l'impossibilité d'avaler le lait qui s'écoule de suite hors la bouche, se manifestent, votre attention doit toujours être attirée du côté de la gorge; et, pourtant, lorsqu'on vient à examiner la gorge de cet enfant, en abaissant la langue, on peut ne rien voir. Quelquefois, cependant, si l'inflammation date de quelques jours, on peut voir la rougeur et la tuméfaction s'avancer au niveau de l'isthme du gosier. Je ne vous apprendrai rien de nouveau en vous disant qu'à cet âge l'examen laryngoscopique est impraticable. Aussi ne devez-vous pas hésiter à vous adresser au toucher qui, seul, pourra vous révéler la présence d'une tumeur douloureuse, siégeant très bas, en arrière de la langue et en face l'ouverture du larynx. Cette tumeur chaude, tendue ou rénitente ne doit pas être confondue avec la sensation de dureté plus ou moins grande que peut donner, chez quelques sujets, la saillie de la colonne cervicale. Quand cette tumeur présente un certain degré de mollesse, accompagnée de douleur à la pression, on peut être à peu près certain qu'il s'agit d'un abcès rétro-pharyngien. La dysphagie est donc le symptôme fonctionnel le plus saillant et qui attirera le plus sûrement l'attention; mais cette tumeur, par suite de son siège au niveau de l'orifice supérieur des voies respiratoires, gênera l'entrée de l'air dans le larynx, d'où des accès de suffocation et quelquefois même des troubles de la phonation.

Ces derniers symptômes, s'ils étaient précoces, pourraient en conséquence faire penser à une affection des voies respiratoires, [illegible]n n'avait soin de pratiquer le toucher qui est de règle absolue en pareil cas, car si la maladie est reconnue le malade est sauvé par une intervention immédiate.

S'il s'agit d'un enfant plus âgé ou d'un adulte, le signe de la dysphagie accusé par le malade, prend de suite une importance réelle, bien qu'à l'examen direct de la gorge avec l'abaisse langue on ne puisse rien voir; avant de pratiquer le toucher, toujours indispensable, vous recourez à l'examen laryngoscopique qui vous permettra de reconnaître le siège du mal, car vous voyez dans le miroir une tumeur qui soulève la partie postéro-inférieure du pharynx tumeur lisse, coiffée par l'épiglotte, qui masque entièrement le larynx et vous donne immédiatement l'explication de la dysphagie et de la dyspnée. Quand vous constatez ce signe, vous pouvez affirmer que vous êtes en présence d'une tumeur rétro-pharyngienne; au moyen du toucher, vous complétez votre examen, en percevant la rénitence et la fluctuation.

La marche de l'abcès rétro-pharyngien, est très rapide chez l'enfant en bas âge qui supporte très mal la privation de nourriture et d'air.

Chez les enfants plus âgés et chez l'adulte la marche peut être plus longue. Le malade peut attendre un temps plus long avant de se présenter à l'examen, et c'est quand

ils ne peuvent plus avaler et qu'ils respirent difficilement qu'ils se décident, le plus souvent, à venir vous trouver. Chez l'adulte les accès de suffocation sont toujours moins graves et plus tardifs que chez l'enfant. La durée de l'affection peut être très courte chez l'enfant en bas âge, quand on n'intervient pas ; en quelques jours le petit malade peut être emporté. Si l'abcès est ouvert, la durée peut encore être de quelques jours après l'intervention. Chez l'adulte l'affection marche plus lentement ; il n'est pas rare de la voir durer près de deux semaines. Quand l'affection est subaiguë, la durée peut être plus longue encore. Les signes du toucher et de l'examen laryngoscopique sont absolument identiques.

Le diagnostic de l'abcès rétro-pharyngien aigu n'est pas facile chez l'enfant en bas âge, au début, si on ne s'informe pas et si on n'est pas renseigné sur la façon dont l'enfant tête. En raison des signes graves du côté des voies respiratoires, on peut alors être très embarrassé et croire à l'existence d'une laryngite striduleuse ou croupale, surtout lorsque la voix est altérée, ce qui peut arriver. Mais la laryngite striduleuse est une affection éphémère et qui laisse l'enfant bien portant dans l'intervalle des accès ; *le diagnostic* avec le croup pourra être bien embarrassant, mais se jugera rapidement par l'inspection de la gorge presque toujours altérée et qui ne l'est point dans l'abcès rétro-pharyngien, enfin par le rejet des fausses membranes. Le toucher que l'on doit toujours pratiquer permettra d'éclairer rapidement le diagnostic de l'affection. Chez l'adulte le diagnostic est facilité par l'examen laryngoscopique.

Le traitement consiste à ouvrir l'abcès. Si l'abcès s'ouvre spontanément, le pus peut, en pénétrant dans les voies respiratoires étouffer l'enfant, ce que l'on a observé. Même ouvert, l'abcès, en raison de sa situation profonde, se vide mal si l'ouverture est insuffisante, ce qui peut créer alors un danger très sérieux.

Aussi a-t-on proposé pour remédier à cet inconvénient d'ouvrir la poche avec un trocart qui permettrait d'évacuer l'abcès complètement, mais ce procédé n'est pas pratique ; du reste la poche ouverte incomplètement se remplit de nouveau et se vide mal ; on a proposé l'usage de bistouris spéciaux qui me paraissent inutiles.

Il est un moyen plus simple que j'ai toujours employé avec succès et que je vous indique :

Prenez un bistouri à lame courte ; guidez le sur votre doigt et ponctionnez simplement l'abcès, puis avec une sonde cannelée ou avec le doigt, rompez largement les parois de la poche, ce qui est facile ; le pus sort avec abondance, penchez l'enfant de suite de manière à ce que le liquide ne puisse pénétrer dans les voies aériennes. Pratiquez ensuite un lavage à l'eau boriquée à trois pour cent au moyen du siphon de Weber. Renouvelez plusieurs fois ce lavage. Ce procédé mettra votre malade à l'abri des dangers quej 'ai signalés. Il suffira de quelques jours pour assurer la guérison.

Nous ne reviendrons pas sur les signes physiques des *abcès rétro-pharyngiens* inférieurs chroniques, d'origine osseuse, ces signes étant semblables à ceux des abcès aigus. C'est toujours une tumeur siégeant très bas qu'on peut voir avec le laryngoscope et qu'on peut toucher aisément. Mais la marche de ces abcès est différente. Les malades pourront souffrir quelque temps de névralgies, de torticolis, de contractures musculaires, en raison du voisinage de la moelle et des paires nerveuses qui en émanent.

Mais ces derniers signes sont loin d'être constants, ils peuvent manquer, car la lésion osseuse peut par son éloignement de la substance nerveuse ne pas avoir de retentissement de ce côté. En ce cas nous risquons bien de ne pas observer d'autres signes que des symptômes locaux du côté de la gorge, dysphagie ou dyspnée, et ne pas soupçonner la cause de l'abcès dont vous constatez l'existence. Les symptômes initiaux pourraient ne consister alors que dans les difficultés de la déglutition et la présence d'une tumeur. La marche plus longue de l'affection, l'absence fréquente de fièvre, de phénomènes aigus pourraient seuls différencier l'abcès chronique.

Quand on ouvrira un de ces abcès, le malade, dégagé par l'opération, ira bien pendant quelque temps, mais l'ouverture de la poche ne se fermera pas, et une petite fistule pourra subsister; qu'on introduise un stylet dans cette fistule, et on sentira au fond le corps de l'os : on verra alors des sequestres se faire jour au-dehors, et l'ouverture de l'abcès ne se fermera pourtant pas. Nous avons vu dans notre service, cette année, un de ces cas, et le malade a fini par succomber aux progrès d'une phtisie pulmonaire consécutive.

D'autres malades pourront succomber à des lésions de la moelle, ils présenteront des phénomènes de myélite terminale par l'envahissement de la paralysie ascendante du bulbe qui constituera le dernier acte de la maladie. C'est ce que j'ai eu l'occasion d'observer cette année chez une femme de 60 ans, qui présenta au début de l'affection des symptômes aussi rares que curieux d'abcès, non pas rétro-pharyngiens, mais péripharyngiens.

Cette malade entra à l'hôpital avec des accès de suffocation et du tirage qui rendirent la trachéotomie urgente et ne permirent pas, en raison de leur violence et de leur intensité, de pratiquer l'examen laryngoscopique. En faisant l'opération, au mom nt de l'ouverture des aponévroses, il jaillit un flot de pus verdâtre, d'une fétidité extrême. On introduit la canule dans ce qui n'était que la cavité de l'abcès, mais on fut frappé par ce fait que la voix était conservée et que la respiration était devenue très facile. Il s'agissait d'un abcès rétro-pharyngien qui avait fusé autour du larynx et qui, en comprimant les voies respiratoires, avait déterminé une dyspnée formidable ; cette dyspnée s'était établie progressivement et l'asphyxie avait été rapide. La malade, très améliorée par l'opération, respira très bien après l'ouverture de son abcès, et on put retirer très vite la canule qui ne servait à rien, puisque l'examen laryngoscopique montra l'intégrité absolue du larynx. Mais il s'établit une fistule intarissable, par laquelle s'écoulait un pus fétide, elle fut sondée, et on put constater, après un trajet de 12 à 15 centimètres, l'existence d'une surface osseuse dénudée. Il s'agissait d'un cas rare d'abcès par congestion, venant s'ouvrir en avant du larynx, au lieu de s'ouvrir au lieu d'élection, en arrière de cet organe. La malade succomba au bout de quelques mois, présentant des symptômes médullaires, et à l'autopsie on constata l'existence d'une lésion tuberculeuse du corps des vertèbres cervicales. Dans ce cas très curieux, le premier symptôme qui s'est révélé était un trouble très grave de la respiration.

Nous ne reviendrons pas sur le traitement chirurgical de l'abcès rétro-pharyngien de cause ossifluente, et nous passerons à une *autre variété d'abcès-rétro-pharyngien*, c'est l'*abcès latéro-rétro-pharyngien* qui siège plus haut que le précédent, au niveau de l'isthme du gosier et que l'on peut facilement confondre avec l'amygdalite phlegmoneuse. Cette variété d'abcès rétro-pharyngien n'est pas bien décrite partout comme elle le mériterait. Dans le traité de chirurgie de Duplay et Reclus il a été séparé très justement de la variété précédente, mais l'auteur de l'article prétend que la cause de ce siège élevé de cet abcès réside dans l'envahissement des ganglions de l'angle de la mâchoire : je crois qu'il y a là une erreur. L'abcès latéro-pharyngien est toujours un abcès rétro-pharyngien proprement dit, c'est-à-dire naissant des ganglions prévertébraux. Ce n'est qu'à une époque plus avancée qu'il se complique d'une adénopathie considérable à l'angle de la mâchoire.

Cette variété d'abcès rétro-pharyngiens se rencontre peut-être plus souvent chez des sujets adultes que chez des sujets jeunes. J'ai eu l'occasion d'en voir quelques cas. La respiration y est rarement aussi troublée que lorsque l'abcès est très bas. La déglutition seule est gênée comme dans l'amygdalite phlegmoneuse avec laquelle il affecte une ressemblance extérieure frappante.

L'*étiologie* de cette affection est plus simple que celle de la précédente variété, elle est presque toujours consécutive, soit à une angine aiguë ou chronique, soit au traumatisme. C'est toujours une affection de cause ganglionnaire. Les symptômes physiques ressemblent, je l'ai déjà dit, à ceux d'une amygdalite phlegmoneuse. A l'examen, soit au fond de la gorge et toujours d'un seul côté, ce qui la distingue de l'amygdalite phlegmoneuse où l'autre côté participe quoique beaucoup moins violemment à la phlegmasie, on voit, dis-je, une tuméfaction très rouge qui soulève le pilier postérieur et l'amygdale, on constate de l'œdème du voile du palais et de la luette.

La dysphagie est semblable à celle de l'amygdalite phlegmoneuse. Mais ce qui différencie cet abcès latéro-pharyngien de l'amygdalite phlegmoneuse, c'est sa durée. En effet, tandis que dans l'amygdalite phlegmoneuse tout est fini au bout de huit à dix jours, ici la durée est bien plus longue. On rencontre à l'angle de la mâchoire une adénopathie très marquée, ce qui est exceptionnel à ce degré dans l'amygdalite phlegmoneuse ; si on essaye de chercher la fluctuation du côté de la gorge, on y arrive bien difficilement, et surtout quand il y a coexistence de contracture des mâchoires. En même temps que cette fluctuation, si difficile à constater, et qui serait le seul indice de l'abcès, on peut sentir au toucher des battements artériels très sensibles. Le grand danger de l'ouverture artificielle de ces abcès, réside dans l'ouverture des vaisseaux, de la carotide ou du moins d'une de ses branches, donnant lieu à une hémorrhagie des plus graves. J'ai eu l'occasion de voir, au début de mes études, Chassaignac ouvrir de la sorte une grosse artère, ce qui nécessita la ligature immédiate de cette artère. Dans ce cas, si connu de Chassaignac, il ne s'agissait pas d'une amygdalite phlegmoneuse comme il le crut, mais d'un abcès latéro-rétro-pharyngien. Le danger de ces abcès vient donc de la possibilité de rencontrer, en les ouvrant, de grosses artères. C'est ce qui légitimerait l'ouverture extérieure qui a été pratiquée.

La *durée* de ces abcès latéro-pharyngiens peut être, je l'ai dit, très longue, de plusieurs semaines ; l'ouverture se fait tardivement, et ce retard dans l'ouverture de ces abcès ne laisse pas que de causer parfois de véritables dangers, qui peuvent obliger l'observateur d'intervenir, malgré tous les dangers de cette thérapeutique.

Le *diagnostic* est important ; cette variété d'abcès rétro-pharyngien a été confondue avec l'amygdalite phlegmoneuse. Ce qui la distingue de cette dernière, c'est la marche, la lièvre plus prononcée dans l'amygdalite phlegmoneuse ; enfin et surtout, *le grand caractère*, c'est que la tumeur existe en arrière du pilier postérieur et de l'amygdale. Celle-ci n'est pas malade et elle est peu douloureuse.

Il y a une autre affection qui peut-être confondue avec cette affection, *l'accident primitif de l'amygdale*, à cause de l'adénopathie ; mais le chancre siège sur l'amygdale, plus en avant par conséquent : *dans la gomme*, l'adénopathie est habituellement absente.

Mais où, surtout, la confusion est plus facile, c'est avec l'*Epithélioma*, voilà en effet une maladie qui marche lentement, qui est accompagnée d'une adénopathie dure, très marquée. Quand on voit tous ces symptômes durer des semaines, on a une certaine tendance à croire qu'on est en présence d'un épithélioma, surtout quand les malades sont assez âgés. Cette difficulté est si réelle que j'ai eu l'occasion de faire examiner, en raison de mon embarras, deux malades de ce genre par deux chirurgiens de nos hôpitaux qui ont conclu à l'existence d'un épithélioma alors qu'il s'agissait d'un abcès latéro-pharyngien qui s'ouvrit spontanément une à deux semaines après cet examen et chez lesquels l'adénopathie disparut après la guérison. Je viens, du reste, d'observer dans nos salles un cas de ce genre chez une femme de 50 ans ; ici encore le diagnostic fut très difficile à faire avec celui de l'épithélioma, la malade guérit aussi très lentement mais complètement.

Le *traitement* consiste dans l'ouverture artificielle, mais faite avec précaution. S'il y a des battements artériels trop forts, il vaudra peut-être mieux ne pas intervenir, ou bien ouvrir par la peau ; mais je conseillerais plutôt d'attendre, d'autant plus que ces abcès s'ouvrent toujours spontanément, même au bout d'un temps très long, dans le fond de la gorge. On peut ouvrir cependant en un point bien choisi et où l'on ne constate pas de battements artériels. Nous ne conseillerons pas l'ouverture par la peau, car nous estimons que c'est une opération trop disproportionnée avec le résultat à attendre, à moins que la fluctuation ne soit très superficielle ; je serai plutôt partisan de l'espectation, mais très vigilante. Mais si l'intervention opératoire n'a pas lieu, il sera sage d'appliquer à l'extérieur des cataplasmes ou des pommades résolutives telles que l'onguent mercuriel ; il ne faut pas non plus négliger de faire des irrigations naso-pharyngiennes avec l'eau boriquée, et alimenter les malades de la façon qu'ils pourront le mieux supporter. L'emploi des toniques tels que le quinquina sera aussi parfaitement indiqué.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

AMPHITHÉATRE DE CLAMART — M. LE DOCTEUR PIERRE SEBILEAU

Professeur agrégé à la Faculté.

Traitement chirurgical du varicocèle.

I

Tous les varicocèles ne sont pas justiciables de l'intervention chirurgicale. Il y en a qu'on *doit* opérer; il y en a qu'on *peut* opérer ; il y en a qu'il ne *faut pas* opérer. Voici la règle :

1° L'on *doit* opérer les varicocèles, petits ou gros, quand ils sont douloureux, les varicocèles qui déterminent l'atrophie testiculaire et altèrent les fonctions génitales, les varicocèles qui engendrent des troubles dans les facultés mentales et les varicocèles qui mettent un obstacle à l'exercice régulier de la profession du malade.

2° L'on *peut* opérer les varicocèles qui sont volumineux mais n'occasionnent pas de souffrances et les varicocèles qui, sans être ni douloureux ni très volumineux, siègent sur des malades sollicitant du chirurgien la cure radicale de leur légère infirmité.

Je viens de dire une chose grave et de toucher à la fameuse question des opérations de complaisance. Je ne prétends pas la trancher. En règle, a-t-on le droit de pratiquer sur un malade une opération qu'on ne juge pas absolument nécessaire, lorsque d'une part — cela va sans dire — ce malade est averti des risques qu'on lui fait courir, et que, d'autre part, on n'a point assombri devant lui, pour obtenir son agrément, le tableau pronostiqueur du mal dont il souffre ? Je n'en sais rien ; cela dépend, je crois, de bien des choses. En tous cas, pour ce qui concerne le varicocèle, le chirurgien trouve assez souvent un encouragement à l'intervention et une satisfaction à sa conscience dans les projets d'avenir d'un futur militaire et dans la naturelle coquetterie d'un homme jeune et désireux du mariage.

3° Pour tous les autres varicocèles, c'est au traitement palliatif qu'il *faut* avoir recours.

Ceci dit, comment faut-il opérer? Une même intervention ne convient pas à tous les malades.

Premier cas. — Voici un varicocèle de petit volume ; les veines sont dilatées, mais elles ont une consistance normale et une distension régulière. Ici, la résection simple du scrotum est suivie d'heureux résultats; mais il est plus avantageux encore de pratiquer, en même temps que cette résection et à la faveur même de la plaie qu'elle a produite, l'excision, après double ligature, du segment inférieur des veines funiculaires postérieures.

Deuxième cas. — Voici des varices qui remplissent le scrotum et montent le long du cordon ; sur les veines, il y a des nouures, des indurations phlébolitiques (athérome veineux) et d'énormes dilatations (anévrysme des veines). Ici s'impose une double opération et à la résection du scrotum, combinée avec l'excision des veines funiculaires postérieures, il faut associer l'exérèse du paquet variqueux antérieur.

II

Le traitement palliatif du varicocèle. — Les conseils d'hygiène que les chirurgiens ont accoutumé de donner aux jeunes gens atteints de varicocèle sont toujours très attentivement écoutés, mais on peut dire qu'ils sont très exceptionnellement suivis. On les engage, en effet, ces jeunes gens, à marcher peu, à ne point monter à cheval, à ne pas danser et à être sobres de plaisirs sexuels. Ce sont là, en principe, de bonnes précautions à prendre et très recommandables; mais, en fait, elles sont à peu près incompatibles avec les habitudes ou les besoins de ceux à qui on les prescrit. Voici comment le médecin peut formuler son ordonnance :

1° Faire le matin, au lever, le soir, au coucher et, si possible, une fois ou deux dans le cours de la journée, en été surtout, une grande ablution froide sur la région du scrotum et du périnée; cette ablution sera avantageusement remplacée par un bain local froid d'une durée de trois à cinq minutes; pour ces ablutions et ce bain, on se servira avec avantage de la solution suivante :

Eau filtrée	2 litres.
Tannin	10 grammes.

Usage externe.

2° Eviter la constipation; s'il ne se produit pas une selle au moins par jour et si les fèces sont trop dures, la « liberté du ventre » sera entretenue sans difficulté et sans inconvénient par la prise le matin, à jeun, d'une cuillerée à café d'huile de ricin dans une tasse de café noir.

3° Porter un suspensoir. Ce suspensoir devra être à jour et en soie, si possible ; il importe qu'il embrasse bien le scrotum, le soutienne et le relève; il ne faut donc pas qu'il soit trop ample, mais il convient aussi qu'il soit assez grand pour qu'une partie des bourses (la région postérieure) ne s'en échappe pas, ainsi qu'il arrive trop souvent; il est nécessaire qu'à ce suspensoir soient adaptés des sous-cuisses.

III

La Résection du scrotum. — C'est une opération simple et bénigne. Le pubis, le scrotum et le périnée du malade ont été rasés l'avant-veille, puis savonnés, brossés et désinfectés ; depuis quarante-huit heures, ces régions baignent dans un pansement chloralé humide. Pratiquez l'anesthésie générale avec le chloroforme, ou l'anesthésie locale avec la cocaïne, suivant vos préférences; bien administrée, celle-ci peut suffire, car l'opération, d'ordinaire, est courte.

Le malade est couché sur le dos. Placez-vous à sa gauche, même si le varicocèle atteint le côté droit, ce qui est exceptionnel. Maintenant, entre la pulpe des doigts et le talon de la main gauche, empoignez transversalement le scrotum, du côté malade, pas trop loin de la ligne médiane.

Vous refoulez ainsi le testicule vers l'anneau inguinal, et, aplatissant les bourses de dehors en dedans, vous les ramassez en un grand pli vertical parallèle au raphé et tout entier caché dans la concavité de votre main fermée ; c'est ce grand pli que tout à l'heure vous allez réséquer. Ne vous effrayez pas de ses dimensions ; il faut que le sacrifice soit large. C'est le cas ou jamais de désobéir au si sage précepte que prêche, en chirurgie générale, le professeur Verneuil : « Soyez économes de peau humaine. » Prenez alors une grande pince courbe à ligament large ou à pédicule de kyste ovarien. La voici : les anneaux dans lesquels sont engagés le pouce et le médius de votre main droite sont orientés vers la tête du malade, le bec est tourné vers les pieds, la concavité des branches regarde en bas; de la main gauche, maintenant, tirez sur les bourses pour les bien soulever, pour faire appel à leur extensibilité et pour augmenter la tension du pli; puis, juste au-dessous de vos doigts et du talon de votre main réunis, glissez votre pince, bec ouvert, sur les flancs du pli, tout près de la base, au point même où ce pli se dégage de votre étreinte ; enfoncez tout à fait profond cette pince, pour que dans ses mors elle emprisonne des téguments jusqu'à la garde. Cela est fait. Serrez fort, très fort, en rapprochant les anneaux.

En règle générale, une pince suffit. Si pourtant vous voulez faire une très grande excision, le scrotum étant très flasque, très pendant et très dilaté, c'est deux « *clamps* » que

vous devrez placer sur les bourses et non pas un. Vous mettrez le second comme le premier, mais vous le dirigerez dans le sens opposé; les anneaux seront donc orientés vers les pieds et le bec vers la tête du malade. Ce bec de la seconde pince devra s'avancer jusqu'au contact des mors de la première. Etant donnée la direction que vous lui imprimez, il vous sera plus commode, cette fois, pour la mettre en place, de soulever et de plisser le scrotum avec la main droite, tandis que de votre main gauche vous tiendrez l'instrument et le pousserez.

A la rigueur, si vous n'avez pas à votre disposition de pince à pédicule, vous pouvez encore opérer. Faites une pince de vos doigts, et là où vous voulez pratiquer la section des bourses, embrassez ces bourses entre le flanc interne de votre index et le flanc externe de votre médius. C'est un peu moins commode, car la pression latérale qu'exercent les doigts étant très faible, le scrotum fuit à mesure qu'on coupe dans le pli et se dégage de l'étreinte digitale. Qu'importe, puisque je vous dirai tout à l'heure qu'il faut, quand la section des bourses est terminée, *« déclancher »* les pinces pour mettre largement la plaie à découvert ?

Voilà donc votre pince ou vos deux pinces bien placées, qui mordent solidement dans le pli des bourses ; au dessus de leurs mors flotte un grand lambeau de scrotum ; c'est ce lambeau qu'il faut maintenant réséquer. Soulevez-le entre le pouce et les deux premiers doigts de la main gauche, pour le bien tendre, ou bien confiez-en la traction à un aide et tranchez-le au bistouri ; pour cela, collez votre lame sur la convexité des pinces et faites-la cheminer *« de ras »* sur leur dos, coupant la peau, de la garde jusqu'à la pointe pour le *« clamp »* supérieur, et de la pointe vers la garde pour le *« clamp »* inférieur.

Et maintenant, il ne reste plus qu'à reconstituer les bourses ; ceci veut dire : suturez les deux lèvres de la plaie qui résulte de l'exérèse, pour établir, à côté du raphé médio-scrotal congénial, un raphé latéro-scrotal artificiel qui lui sera sensiblement parallèle. Ici, deux méthodes. L'une — méthode de Ledentu — consiste à embrocher le scrotum avec une série de crins de Florence qu'on passe « à un petit centimètre en arrière de la concavité des pinces » au travers des deux lèvres du lambeau, puis, les pinces étant enlevées, à lier, séance tenante, tous ces crins de suture, avec l'espoir « que les vaisseaux sectionnés seront comprimés par les fils une fois noués ». L'autre — méthode de Reclus — consiste à enlever tout simplement les *« clamps »* dès que la résection est faite, à découvrir largement la plaie, à faire l'hémostase et la toilette du champ opératoire et à coudre après coup. N'hésitez pas ; adoptez le second procédé. Quand on pratique une large exérèse, de grosses veines qui cheminent dans l'épaisseur des enveloppes et aussi des artérioles nombreuses sont tranchées ; la suture ne suffit point à assurer l'occlusion des vaisseaux et il peut se faire une hémorrhagie grave dans la plaie. Il y a quelques mois, j'ai trouvé un de mes malades, trois heures après l'opération, en proie à d'horribles douleurs ; le scrotum était extrêmement tuméfié et le sang, qui en s'infiltrant au travers des mailles du tissu cellulaire avait fusé jusque dans le pli inguinal, formait dans les deux aines une tumeur plus grosse qu'un œuf de poule ; le pénis était dans un état de priapisme très douloureux. Je dus couper tous les crins, déterger le champ opératoire rempli de gros caillots et faire sur les vaisseaux qui « donnaient » plus de quinze ligatures.

Les pinces sont donc enlevées. Aussitôt, les lèvres de la plaie s'écartent et laissent à découvert une large surface *« cruentée »*, au centre de laquelle apparaît le testicule, enfoui dans la cavité vaginale que le bistouri, tranchant dans les bourses, n'a point ouverte. Si vous avez fait la mesure large aux dimensions verticales de votre lambeau, si le pli scrotal, dans la base duquel vous avez coupé, occupait la face antérieure et la face postérieure de la poche testiculaire, si, par exemple, vous avez réséqué la peau que vous ont livrée les mors des deux pinces à pédicule, alors vous voyez, serpentant au milieu de votre plaie, le canal déférent et ses grosses veines satellites veines funiculaires postérieures) qui cheminent en dehors de la vaginale, entre ses deux culs-de-sac latéraux de réflexion, sur le bord postérieur du testicule.

Ne touchez pas à ces veines, s'il vous paraît que la simple résection des bourses est suffisante. Il ne vous reste plus, en ce cas, qu'à jeter des pinces sur les vaisseaux — veines et artérioles — qui saignent toujours assez abondamment, puis, après une hémostase sévère, à suturer très soigneusement les lèvres de la plaie. Vous pouvez réunir de droite à gauche et faire une cicatrice verticale, parallèle au raphé scrotal, ou réunir de haut en bas et faire une cicatrice transversale, plus ou moins perpendiculaire à ce raphé. C'est à vous de voir le meilleur et de l'employer. Le meilleur, c'est ici le plus élégant. Pas de drainage, bien entendu — car je vous suppose irréprochables en matière d'asepsie. — Pansement sec, bien fermé. Enlevez les fils le cinquième jour.

IV

La résection du scrotum combinée avec la résection des veines postérieures. — A mon avis, voici bien la méthode de choix : réséquer le scrotum et, à la faveur de la large brèche ainsi faite qui découvre le canal déférent et ses satellites veineux, pratiquer la ligature et l'excision de ces vaisseaux funiculaires postérieurs. En matière d'opération, cela n'augmente ni les risques pour le malade, ni les difficultés pour le chirurgien. L'artère spermatique n'est plus là ; sa blessure n'est pas à craindre ; d'autre part, rien n'est plus facile que d'isoler le canal déférent des veines qui sont ses voisines, parce que celles-ci ne sont pas encore rassemblées autour de lui, comme plus haut, en faisceau serré. Au milieu de la plaie que la résection du scrotum a produite, dissociez donc le canal déférent et les veines. Prenez chacune de celles-ci entre deux soies aseptiques ; excisez tout le segment emprisonné entre les deux ligatures et finissez l'opération comme je vous disais tout à l'heure de le faire.

V

La résection du scrotum combinée avec l'excision des veines funiculaires postérieures et antérieures. — C'est, vous ai-je dit, l'opération réservée au grosses varices du cordon, noueuses, dilatées et indurées, à ces malades chez lesquels le scrotum *omnibus indecore, quibusdam etiam cum dolore dependet.*

Faites d'abord la résection des bourses et l'excision des veines postérieures ainsi que vous savez. La plaie est cousue ; tout est fini de ce côté. Occupez-vous maintenant des veines funiculaires antérieures.

Sur toute la hauteur du cordon (dont vous commencez par bien déterminer la situation en le prenant entre le pouce et les doigts et en faisant rouler ses éléments sous la pulpe qui explore), depuis l'orifice extérieur du canal inguinal jusqu'aux bourses, faites une incision à la peau ; puis coupez couche par couche, en soulevant les tissus avec des pinces, comme si vous disséquiez ; vous arrivez vite au but et voici déjà le paquet funiculaire dont quelques lobules de graisse jaune, qui l'entourent et le protègent en avant, vous indiquent la présence.

Les grosses veines antérieures sont là et se présentent les premières. Leur ligature et leur excision parait donc très simple; oui, mais il y a deux écueils à éviter : 1° le *canal déférent*; 2° l'*artère spermatique*. Pour parer au danger, rappelez-vous bien d'abord la topographie des éléments du cordon. Sous la peau, le dartos, la cellulcuse et les fibres crémastériennes, on trouve, au milieu de la graisse, un beau faisceau de veines: ce sont les *veines funiculaires antérieures*. Derrière ce lacis, mais cachée et dissimulée dans le tas des vaisseaux qui le composent, l'*artère spermatique*, petite, beaucoup plus petite que les veines. Derrière, c'est le *canal déférent*, contre lequel chemine la *petite artère déférentielle*. Enfin, plus en arrière encore, les *veines funiculaires postérieures*, entre lesquelles descend l'*artère du cordon*.

Ne pas lier le canal déférent, cela est facile; il est dur, épais, cylindrique, roulant sous le doigt; on sait donc toujours où il chemine et il est d'autant plus facile à isoler que du tissu cellulaire le sépare des veines funiculaires antérieures. Mais ne pas lier et ne pas exciser l'artère spermatique, cela est une tout autre affaire. Cette artère est petite; soit à l'œil, soit au toucher, je n'ai jamais pu percevoir ses battements; elle serpente au beau milieu du lacis des veines; même sur le cadavre, la découverte en est difficile. Les chances donc sont grandes pour qu'on l'embrasse dans l'anse du fil en même temps que les veines voisines. Je sais bien que des chirurgiens, et des meilleurs, prétendent que cela ne tire point à conséquence et que la funiculaire et la déférentielle sont là pour assurer la suppléance et fournir au testicule une alimentation vicariante. Croyez-en ce que vous voudrez, mais, pour votre gouverne, rappelez-vous que Delpech, à ce que conte l'histoire, paya de sa tête l'atrophie du testicule qu'avait provoquée, chez un jeune homme, une ligature des deux plexus funiculaires antérieurs pratiquée par lui pour la cure d'un varicocèle; le malade assassina son chirurgien.

Le meilleur est donc, si la chose est possible, d'épargner l'artère spermatique; comme la dissociation ne me parait qu'exceptionnellement capable de la faire découvrir, le plus simple est peut-être de ne pas embrasser dans l'anse des fils toute l'épaisseur du faisceau des veines antérieures; en arrière, ménagez-en quelques-unes; l'artère est à côté, sans doute, et vous avez ainsi bien des chances pour qu'elle échappe à l'excision. Au reste, que vous dirai-je de cette excision? Une anse de soie en haut, une autre en bas, puis section des veines entre ces deux ligatures. Enfin, suture, pansement sec et pas de drainage.

ETRANGER

ALLEMAGNE ET AUTRICHE

Comparaison entre le chloroforme et l'éther au point de vue de l'anesthésie.

M. Koerte, à l'une des dernières séances de la Société de médecine de Berlin, présenta une étude sur la valeur anesthésique du chloroforme et de l'éther.

Le chloroforme, entre les mains de n'importe quel opérateur, peut déterminer la mort par syncope, et cela souvent au début de la chloroformisation, même chez des gens robustes: c'est ainsi que M. Kœrte eut dans sa pratique trois morts par le chloroforme chez de vigoureux sujets.

Les statistiques des chirurgiens allemands portent une moyenne de 1 mort pour 2,900 chloroformisations environ. Outre les cas mortels, il est facile de relever des accidents dûs au chloroforme, parmi lesquels l'auteur cite surtout la stéatose du rein et l'albuminurie.

M. Kœrte emploie l'éther depuis près de 3 ans; son procédé d'administration est longuement décrit dans le mémoire lu à la Société.

Le malade ayant subi les préparations habituelles des anesthésies générales (purgation, diète, lavement, lavage d'estomac chez les malades porteurs de hernies), on lui fait d'abord une injection hypodermique de morphine. Puis on verse sur l'appareil une quantité assez considérable d'éther (30-40 grammes). Au début de l'éthérisation, on laisse de temps en temps le malade respirer à l'air libre. Ce n'est guère qu'après sept minutes et demie que l'anesthésie est suffisante. Une opération durant trente minutes demande ainsi environ 100 grammes d'éther.

M. Kœrte étudie ensuite les phénomènes observés pendant et après l'éthérisation.

Le pouls reste toujours bon et fort: il tendrait même à s'élever.

La respiration, facile au début, semble bientôt s'embarrasser, et on entend de gros râles, qui ne laissent pas d'inquiéter lorsqu'on n'a pas l'habitude de l'éther; leur valeur pronostique est cependant bénigne: ils ne font que trahir l'hypersécrétion bronchique sous l'influence de l'éther.

La période d'excitation est longue, mais, en revanche, le sommeil est plus absolu.

Les sensations éprouvées par le malade, au début, sont désagréables; le réveil, d'autre part, est facile. L'intelligence se fait jour rapidement.

Les malades peuvent être alimentés le jour de l'opération.

Quelques auteurs ont voulu voir dans l'éthérisation, une cause assez fréquente de néphrites. Cependant, des analyses faites avec soin chez M. Korte, il résulte que 1 fois seulement sur 35 en moyenne, l'albumine est apparue après l'éthérisation.

L'apparition de gros râles bronchiques pendant l'anesthésie montre qu'il faut, avant de choisir l'éther, s'assurer que les bronches sont en bon état; il y aurait danger à éthériser des malades bronchitiques.

L'auteur fait remarquer que l'anesthésie par l'éther doit faire écarter l'emploi des thermocautères dans les opérations de la face.

Si les conclusions sont en faveur de l'éther, cela ne signifie pas qu'il n'y ait pas de mortalité imputable à l'éther. Mais il y a fort peu de morts par syncope au début de la narcose. Ce sont ces cas foudroyants qui assombrissent les statistiques de la chloroformisation.

Traitement de l'aphasie motrice et de l'aphasie sensorielle.

M. Gutzmann présente à la Société de Médecine Interne de Berlin le résultat de ses recherches sur le traitement de l'aphasie.

Il est d'habitude déjà depuis longtemps de faire, chez les aphasiques, l'éducation de la 3e circonvolution frontale droite en exerçant le malade à écrire de la main gauche.

Trois malades adultes ont été traités par M. Gutzmann; tous trois présentaient une hemiplégie droite; deux de l'aphasie motrice; le troisième, une légère aphasie motrice associée à une aphasie sensorielle absolue.

Chacun d'eux fut soumis à un double traitement consistant en exercices d'écriture de la main gauche, en même temps que méthodiquement et par degrés le malade réapprenait à parler. Ce travail exige beaucoup de patience.

L'un des malades cessa le traitement après cinq semaines, alors que les résultats étaient déjà très satisfaisants. Le second, officier, âgé de quarante ans, était obligé d'avoir un interprète: il ne pouvait prononcer un seul mot. Trois mois de traitement ont suffi pour lui rendre une conversation possible. Pour le troisième, M. Gutzmann exerça, en plus, les sens de l'ouïe et de l'audition et, rapidement le malade arriva à comprendre les mots en suivant les mouvements des lèvres de son interlocuteur.

Aussi, lorsque M. Gutzmann lui parlait, en se plaçant derrière lui, le malade ne comprenait pas le sens des mots émis. Si, placé devant son malade, le médecin prononçait des lèvres seulement une phrase, le malade comprenait difficilement. La compréhension était parfaite lorsque le malade voyait les mouvements des lèvres en même temps qu'il percevait le son. Les deux voies auditive et visuelle étant en jeu, le malade pouvait obtenir une compréhension nette et complète.

Répondant à plusieurs de ses collègues qui, tout en admirant les résultats, contestaient l'exactitude de l'éducation du cerveau droit, M. Gutzmann leur montra, par des exemples, que l'hémisphère

droit est capable d'une activité automatique. Une vieille femme, citée par Pfleiderer, devenue aphasique, ne pouvait que répéter : « Oh ! non ! » Quand on lui donnait un chapelet, elle débitait son rosaire en entier, tandis qu'il était impossible de lui faire dire volontairement le premier mot de ses prières.

Occlusion intestinale.

Dans sa séance du 29 janvier le collège des médecins de Vienne a longuement discuté sur la chirurgie dans les lésions intestinales.

M. Hofmokl a insisté d'abord sur la nécessité de se munir de renseignements aussi précis que possibles, car, suivant les cas et suivant aussi les causes, l'intervention est ou non urgente. C'est ainsi que l'occlusion due à la constipation simple, à l'atonie des vieillards, aux tumeurs abdominales progresse lentement.

L'orateur insiste ensuite sur les divers éléments du diagnostic, le météorisme et la douleur ne sont pas les seuls éléments qui puissent faire préjuger du siége de l'obstacle. Les selles doivent être examinées dans les formes lentes où elles ne disparaissent que progressivement ; liquides ou aplaties elles indiquent que l'obstacle siége dans la partie inférieure du gros intestin ; normales et solides elles signifient occlusion de l'intestin grêle. La présence du sang, de débris de tumeur dans les garde-robes a une importance considérable. De plus, les tumeurs qui suivent les mouvements péristaltiques appartiennent à l'iléon.

On peut tant que le péristaltisme de l'intestin peut-être réveillé, employer les irrigations intestinales, mais plus tard elles sont nuisibles et le liquide qui s'est amassé dans l'intestin paralysé doit-être évacué avant l'opération. Dans ces cas M. Hofmokl préconise l'emploi de lavements laxatifs : 2 litres d'eau contenant 2 0/0 de glycérine et de sel.

L'électricité donne peu de résultats et on ne doit guère compter sur ses services. Ce qui paraît plus recommandable, c'est l'application d'un sac de glace sur la paroi abdominale.

Si l'on peut quelquefois hésiter entre l'anus artificiel et la laparatomie, cette dernière est seule recommandable chez les sujets vigoureux.

M. Oser insiste sur ce fait généralement adopté que l'intervention doit chercher à être précoce. Il faut donc, puisque le diagnostic est difficile et que les cas types sont exceptionnels, multiplier les signes de quelque valeur.

Une augmentation de résistance de l'intestin est la conséquence immédiate de l'occlusion. Elle se traduit par une transsudation abondante. Les vomissements en sont la preuve, mais ils n'ont de valeur que si les matières vomies dépassent en quantité les matières ingérées et s'ils s'accompagnent de la fluctuation intestinale.

Cette fluctuation pourrait appartenir à l'estomac. M. Oser propose deux procédés pour reconnaître le siége de la fluctuation ; le premier consiste à faire coucher le malade sur le côté gauche : si la fluctuation persiste à droite, c'est bien l'intestin qui est en cause ; si elle n'existe qu'à gauche, c'est l'estomac.

Le deuxième procédé consiste à percuter systématiquement toute la surface abdominale ; si on trouve au niveau de la fluctuation un son uniforme, cela signifie que l'air et les liquides sont dans la même cavité ; si le son est variable et différent suivant les points, c'est que gaz et liquides occupent des organes différents.

La résistance de l'intestin se manifeste encore par un symptôme important mais souvent difficile à rendre évident : c'est le renforcement des mouvements péristaltiques. Dans la péritonite, au contraire, l'intestin est paralysé.

Les vomissements, le météorisme, n'ont qu'une valeur relative. La douleur est variable de siége et d'intensité ; elle a quelquefois de l'importance au début, rarement dans le cours de l'affection.

Quant au traitement, M. Oser est partisan des irrigations intestinales qui peuvent quelquefois avoir un rôle curateur important en provoquant le déplacement des anses intestinales.

Il ne faut attacher qu'une médiocre importance à la quantité de liquide injectée dans l'établissement du siége de l'obstacle ; des observations assez nombreuses montrent que dans certains cas où on ne put introduire dans l'intestin que 400 grammes d'eau on trouva l'obstacle sur l'intestin grêle.

Le traitement chirurgical sera de préférence la laparotomie, sauf les cas où les sujets sont très affaiblis ; la création d'un anus artificiel permettra de relever leurs forces et de leur appliquer ensuite le traitement curatif par la laparotomie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 février. — Présidence de M. Laboulbène.

L'épidémie de variole en France.

M. Hervieux lit à l'Académie un travail sur l'épidémie actuelle de variole à Paris. En 1892, le 1er semestre avait donné 14 décès, le second 26. En 1893, les chiffres correspondants sont 63 et 184. La fin de l'année 1893 a été particulièrement sombre.

On a pris les précautions les plus énergiques : revaccinations extrêmement nombreuses, désinfection soigneuse de tous les locaux où se sont déclarés les cas de variole. Trois groupes de départements ont été plus particulièrement atteints dans cette épidémie : l'un a pour centre Paris, l'autre comprend les départements septentrionaux, surtout le Pas-de-Calais ; le troisième groupe est formé des départements riverains de la Garonne.

Cherchant les causes de cette épidémie, l'auteur s'attache d'abord à démontrer qu'elle n'est pas imputable à la durée insuffisante de la préservation par la vaccine animale. En effet, nos voisins d'Outre-Rhin, chez qui la vaccination se pratique comme chez nous, n'ont pas eu l'épidémie. Au contraire, l'Angleterre où les antivaccinateurs sont ligués, la variole trouve un champ de développement facile, et les facilités de communication qui nous unissent aux Anglais ont aidé au transport en France de cette épidémie.

Les statistiques anglaises sont d'ailleurs fort intéressantes à ce sujet : elles nous montrent, en effet, que dans les zones où la variole s'est installée, la mortalité a été dix fois plus forte chez les non-vaccinés que chez les vaccinés.

Cette épidémie n'a fait que confirmer le rôle antagoniste de la vaccine et de la variole, les désinfections et isolements n'étant que secondaires. La meilleure prophylaxie consistera donc à rendre obligatoires les vaccinations et revaccinations.

Ovariotomie pendant les suites de couches.

M. Pinard lit un rapport sur une observation de M. Le Roy des Barres, ayant pour titre : « Ovariotomie dans le cours d'une septicémie puerpérale à forme prolongée, guérison. »

Une femme de 29 ans présenta à la suite de ses couches divers phénomènes, indices non équivoques d'une infection prononcée : péritonite, pleurésie, phlegmatia, alba, dolens. Au bout de deux mois elle entrait à l'hôpital de Sain-Denis. M. Le Roy des Barres, porta le diagnostic de kyste suppuré de l'ovaire, et, par l'ovariotomie, enleva une poche purulente contenant environ 4 litres de pus. Vingt jours après, la malade sortait guérie.

Cette observation est intéressante surtout parce qu'elle a trait à une thérapeutique chirurgicale rarement mise en œuvre pendant l'état puerpéral.

M. Lawrence de Bristol a publié dernièrement, sur ce sujet, un travail où il réunit dix observations analogues où l'opération réussit fort bien.

Grossesse extra-utérine intrapéritoniale primitive.

M. Pinard. — Rapport sur une observation de M. *Houzel* (de Boulogne). — Une femme de quarante-et-un ans, multipare, fit appeler M. Houzel, pour un accouchement à terme. Le bruit du cœur fœtal s'entendait très bien : après quelques efforts, la patiente expulsa seulement la caduque. Le doigt introduit dans l'utérus ne sentait point le fœtus.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine fut posé : la laparotomie faite à une époque qui correspondait environ à la fin du dixième mois de la grossesse permit d'extraire un fœtus putréfié libre dans la cavité abdominale. Le placenta adhérait à l'intestin.

En présence de cette disposition, M. Houzel porta le diagnostic rétrospectif de grossesse intrapéritoniale primitive, variété excessivement rare.

Ces conditions ne semblent pas suffisantes à M. Pinard pour porter un tel diagnostic, et un examen minutieux des annexes permit de retrouver les traces d'un kyste tubaire dans lequel le fœtus s'était primitivement développé.

Il manquait pour affirmer le diagnostic, ainsi que le voulait, M. Houzel, pouvoir être certain de l'intégrité des organes génitaux internes.

Elections.

Correspondants nationaux. — Elus : MM. *Layet* (Bordeaux); *Alison* (Baccarat).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 février.

Vaccination du chien contre la tuberculose humaine.

MM. Richet et Héricourt. — La vaccination du chien contre la tuberculose humaine vient d'être réalisée par nous, suivant deux méthodes : 1° par l'injection préalable de culture de tuberculose aviaire; 2° par l'injection de doses minimes de tuberculose humaine.

Le 6 décembre 1892, nous avons inoculé à un chien de la tuberculose aviaire. Le 1er mai 1890, nous inoculions à ce chien, et en même temps à cinq chiens témoins, une dose égale de tuberculose humaine. Les cinq témoins succombèrent au bout de quatre mois, le chien préalablement inoculé se porte admirablement.

Nous expérimentâmes de même notre second procédé, les résultats furent analogues.

Nous avons inoculé plus de 150 chiens avec la tuberculose humaine et tous ont succombé. Nos deux survivants doivent donc leur immunité à la vaccination.

La vaccination est possible, mais son succès n'est pas constant. Deux chiens inoculés avec la tuberculose aviaire et d'autres avec des doses faibles de tuberculose humaine, ont succombé aux doses mortelles de la tuberculose humaine.

Nous ne pouvons, en ce moment, préciser les conditions qui permettent d'obtenir un résultat; c'est ce qui nous fait écarter l'idée d'appliquer ces procédés à la pathologie humaine.

M. Chauveau. — Le procédé des petites doses de virus employées comme vaccin est d'usage courant. Je l'ai employé avec succès pour le charbon symptomatique. J'ai été moins heureux avec le charbon bactéridien.

M. Gilbert. — M. Roger et moi, avons tenté de vacciner le cobaye à l'aide de la tuberculose aviaire mais sans aucun succès.

M. Richet. — Ces expériences souvent répétées par MM. Grancher et H. Martin n'ont pas non plus donné de résultats entre leurs mains. Les exemples ne sont pas rares de procédés réussissant chez telle espèce animale et pas chez telle autre.

Elimination des phosphates par le lait.

M. Samson (Grignon). — D'expériences faites sur la vache, je puis conclure que les phosphates sont en partie éliminés par sa mamelle. Peut-être y a-t-il là une ressource thérapeutique.

Ictère grave avec hypothermie due à une infection colibacillaire.

M. Hanot. — Je viens de recueillir une nouvelle observation en faveur d'une thèse que j'ai déjà soutenue : à savoir que dans l'ictère grave avec hypothermie, l'infection colibacillaire était probable. J'ai pu, sur le vivant, dans le cas dont je viens de vous parler, vérifier que le sang du foie contenait du bacille d'Escherich.

Action du nerf pneumogastrique sur la fonction glycogénique du foie.

M. L. Butte. — Claude Bernard a démontré que la glycogénie pouvait être produite par l'excitation du bout central du pneumogastrique. L'excitation gagnerait de bulbe et reviendrait au foie par la moelle et les filets nerveux qui vont du renflement trachial aux splanchniques.

Le nerf vague n'aurait donc joué qu'un rôle de transmission.

Il y a quelques années, le docteur Arthaud et moi, avons signalé l'apparition de la glycémie par l'excitation du bout périphérique du pneumogastrique.

Sur quatre chiens, j'ai essayé de vérifier si réellement le rôle du pneumogastrique était seulement de transmettre l'excitation. Or, l'excitation faradique du bout périphérique a toujours déterminé une hyperglycémie notable.

Il est donc hors de doute que le pneumogastrique a une action directe sur la fonction glycogénique du foie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 février. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Fractures du crâne par armes à feu.

M. Quenu. — A la suite de la communication de M. Chupin, du rapport de M. Chauvel et de l'intéressante observation de M. Gérard-Marchant, j'ai été fort surpris d'entendre M. Berger émettre deux propositions qui peuvent se résumer ainsi :

Les balles de revolver sont généralement aseptiques.

Les accidents dus à la présence de balles dans le crâne sont rares.

J'ai soutenu, et il y a de cela déjà quelque temps, que l'intervention hâtive devait être admise en principe, et cela pour plusieurs raisons très recommandables. Si l'opération ne porte que sur le crâne, n'intéresse que lui, elle est certainement bénigne; si elle vise un foyer infecté, elle fait œuvre urgente, et il vaut beaucoup mieux intervenir avant l'apparition d'une meningo-encéphalite.

Y a-t-il une exception à faire pour les fractures par armes à feu? La balle est aseptique, dit M. Berger; on l'ignore à la vérité, et le fut-elle avant sa pénétration qu'elle aurait vite cessé de l'être, puisque, avant de pénétrer le crâne, elle a dû traverser la coiffure, les cheveux, le tégument qui sont loin d'être aseptiques.

J'ai d'ailleurs à vous présenter deux observations qui vont à l'encontre de l'opinion de M. Berger.

En 1892, un enfant, qui jouait dans une cour, sentit une légère commotion au front. En même temps, un petit filet de sang apparaissait. Il rentra chez lui et ne présenta aucun phénomène pendant plusieurs jours. Vers le 5e jour, il devint triste, inquiet, incapable d'aucune activité. Ce ne fut que trois semaines après cet accident, de cause inconnue, que je vis le malade : le stylet introduit pénétra facilement en plein cerveau.

J'appliquai une couronne de trépan et trouvai deux fragments de plomb dans le frontal, et au-delà une collection purulente, contenant de la matière cérébrale et des esquilles.

J'appliquai une seconde couronne pour établir un drainage, huit jours après, le malade se levait. Il guérit facilement.

Dix mois plus tard, apparurent les signes de la méningo-encéphalite, convulsions et fièvre, et il mourut.

Je crois que si ce malade avait été opéré au début, il aurait pu se sauver.

Ma seconde observation se rapporte à un jeune italien qui s'était tiré cinq coups de revolver dans la fosse temporale. Aucun accident immédiat ne se produisit. Je le vis deux jours après, il présentait des phénomènes fébriles. J'agrandis un des orifices et j'arrivai à trouver les cinq projectiles. Un seul avait pénétré la substance cérébrale. Je lavai la plaie antiseptiquement. La guérison s'effectua très bien.

Enfin un troisième malade me fut adressé immédiatement après l'accident. J'intervins de suite et la guérison fut parfaite.

Je suis d'avis qu'il est sage et prudent de s'assurer qu'il n'y a dans le crâne aucun corps étranger, de faire l'hémostase, et d'assurer l'asepsie du trajet. L'intervention permet de retrouver, outre le projectile, des esquilles, des débris de coiffure, des cheveux, et, en les enlevant, de mettre le malade à l'abri des accidents.

M. Desprès. — Dans la plupart des cas, le projectile reste dans le tissu osseux, et là il vous est loisible de le chercher; mais s'il a pénétré dans le cerveau, je crois que personne ne peut penser à l'y aller prendre. Tous, nous connaissons la difficulté des recherches de projectiles dans les viscères, mais dans le cerveau ces difficultés sont presque insurmontables.

Une jeune fille qui s'était tiré un coup de revolver dans la région temporale entra dans mon service. L'interne introduisit par l'orifice d'entrée un stylet qui pénétra de 10 centimètres. Le lendemain, il y avait lors de l'examen que je fis, issue de matière célébrale. Je fis un lavage de la plaie extérieure et appliquai un pan-

sement au diachylum. Dix-sept jours après, la malade sortit guérie. Il y a de cela un an et elle n'a pas en d'accidents tardifs.

Les balles dans le cerveau sont le plus souvent bien toterées.

Vous avez tous vu dans les bulletins de la Société Anatomique la relation d'autopsies, où on avait trouvé dans le cerveau, des balles de gros calibre, sans que durant la vie, personne n'ait eu connaissance d'un accident même assez éloigné.

M. DELORME. — Quand on parle d'exploration, on doit entendre exploration primitive, c'est-à-dire faite dans les deux ou trois jours qui suivent. Plus tard on crée forcément un trajet artificiel, à moins que l'ouverture d'un abcès ne refasse une voie aux instruments.

J'ai voulu apporter ici des résultats expérimentaux précis et je me suis attaché à chercher, en me mettant dans d'excellentes conditions, quels étaient les résultats de l'exploration.

J'ai tiré avec des revolvers du commerce de 7 millimètres de calibre, avec des balles de 3 grammes, sur des crânes frais, c'est-à-dire où la substance célébrale était de consistance normale.

Première expérience. — Tir à deux pas, sur une tête placée en face. Le projectile atteint le frontal droit. Laissant pénétrer la sonde sans la pousser, je la sens s'arrêter légèrement après huit centimètres de parcours, puis continuer à avancer jusqu'à douze centimètres, où elle est arrêtée. L'explorateur-Trouvé ne me donnant pas d'indications précises, j'en conclus que ce n'est pas la balle. Un de mes aides recommence : il est arrêté à huit centimètres, comme moi, mais, au-delà, la sonde avance bien plus loin que lors de mon examen. Or, après avoir scié le cerveau, je reconnais que chacun de nous a fait une fausse route, distincte de celle de l'autre au-delà des huit premiers centimètres. Le cerveau contient une série d'esquilles. La balle, aplatie, est en dehors du trajet suivi par nos stylets; nous n'avions trouvé ni projectile ni débris osseux.

Deuxième expérience. — Tir sur la région latérale. La sonde permet de retirer deux esquilles de dimensions supérieures à celles de la balle, mais ne laisse pas découvrir le projectile.

A l'examen du crâne, je trouve 3 grosses esquilles dans le cerveau et la balle appuyée sur la faux du cerveau. Le trajet du projectile était marqué par des cheveux, surtout abondant à la partie terminale.

Les esquilles étaient en dehors du trajet du projectile.

Là encore, j'ai fait une fausse route, je n'ai trouvé que deux esquilles sur cinq et je n'ai pas senti laballequi était à plusieurs centimètres au-dessous du trajet de mon stylet.

Dans cinq autres expériences, j'ai pénétré avec le stylet, sans pousser, en le retenant presque, jusqu'à la face opposée de la cavité crânienne. A chaque expérience, j'ai fait fausse route et je n'ai pu sentir ni esquilles, ni balle.

De ces expériences, je puis tirer quatre données, qui sont :

1° Le cerveau se laisse traverser par les instruments avec une grande facilité.

2° Les esquilles sont volumineuses et nombreuses.

3° Il est fort difficile de trouver la balle.

4° Il l'est plus encore de découvrir les esquilles.

1° Les instruments, dans la pratique aggraveront les dégâts, puisque quelque douceur qu'on y mette on fera des fausses routes. On s'expose ainsi à traverser le plus facilement du monde tout un lobe.

2° Les esquilles sont très fréquentes, contrairement à ce que dit M. Berger. Leur volume est au moins égal à celui du projectile.

3° Pour ce qui est relatif au siège de la balle, on peut admettre que plus le tir est long, plus l'orifice d'entrée est petit, et moins la balle est profonde, et inversement.

4° Les esquilles sont très difficiles à trouver, parce qu'elles sont en dehors du trajet de la balle qui les écarte pour passer elle-même.

L'exploration est dangereuse, incertaine, inutile si la balle a été tirée de près. Je pourrais formuler en termes plus précis : Lorsqu'une balle de revolver de petit calibre a été tirée à plus de 5 mètres, lorsque l'orifice crânien n'est pas supérieur en dimensions à l'orifice de la balle, je suis d'avis de laisser une sonde s'engager dans le trajet, mais pas plus loin que 3 centimètres. On peut renouveler le lendemain ou le surlendemain l'exploration. Dans les cas contraires l'exploration n'est autorisable qu'après un délai assez long pendant lequel on mettra la tête en position déclive, l'orifice en bas.

Je crains bien que l'antisepsie de M. Quénu soit impossible. Elle nécessite des instruments qui dilacèrent autant que le stylet, et des liquides qui pour être antiseptiques n'en sont pas moins fort dangereux s'ils pénètrent dans les sinus du cerveau.

M. RECLUS. — Il y a à considérer la balle qui peut déterminer la formation d'esquilles ou des phénomènes septiques nécessitant l'intervention. Il y a à considérer aussi les accidents de compression ou d'hémorrhagie dans lesquels l'intervention n'est pas discutable. En face d'une plaie par arme à feu sans accidents, je reste sur l'expectative. Je crois difficile l'antisepsie du trajet. Celui-ci est d'abord difficile à aborder, et, d'autre part, il est souvent double lorsqu'il s'est établi un ricochet comme dans les expériences de MM. Delbet et Dagron.

M. MONOD. — En faisant des recherches pour me faire une conviction dans un cas donné sur le traitement des fractures par arme à feu, j'eus le bonheur de trouver trois statistiques américaines dont je vais vous donner le résumé.

La première est d'Andrews. Mais elle s'applique à des cas très différents.

La seconde est de Warthon. Elle comporte 316 cas de corps étrangers du cerveau, représentés par 160 guérisons, 156 morts.

Les sujets ayant subi l'ablation du corps étranger ont donné 70 0/0 de guérison, les autres 41 0/0. Et encore ces derniers ont-ils présenté en assez grand nombre (40) des accidents éloignés. La statistique montre encore que les plaies de la région occipitale parce qu'elles intéressent le cervelet, l'isthme de l'encéphale, amènent une mortalité beaucoup plus considérable.

En 1891, Braddford et Smith publient une statistique de 91 cas, d'un grand intérêt, puisqu'elle porte sur des cas traités antiseptiquement. Prise en bloc, elle présente 40 guérisons, 31 survies malgré la persistance de la balle. Parmi ces derniers cas, 16 ont eu des accidents consécutifs dont 9 sont morts.

Les interventions ont donné 54 0/0 de guérison ; l'examen simple avec le stylet, 48 0/0; l'extraction des balles, 66 0/0 de guérison; les cas où la balle n'a pas été extraite, 50 0/0. Braddford termine en disant que la gravité réside autant dans l'existence de la fracture et des esquilles que dans la présence de la balle.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 26 FÉVRIER AU 3 MARS 1894

A. — EXAMENS

LUNDI 26. — *Pathologie interne* : MM. Straus, Chauffard, Marie. — *Censeur et suppléant* : MM. Fournier, Sebileau. — *Clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu, 1re série) : MM. Terrier, Ricard, Delbet. — *Clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu, 2e série) : MM. Tillaux, Lejars, Jalaguier. — *Clinique médicale* (Hôtel-Dieu) : MM. Fournier, Brissaud, Gaucher. — *Censeur et suppléant* : MM. Hayem, Gaucher.

MARDI 27. — *Pathologie interne* (1re série) : MM. Laboulbène, Ménétrier, Roger. — *Pathologie interne* (2e série) : MM. Debove, Marfan, Chantemesse. — *Censeur et suppléant* : MM. Le Dentu, Heim. — *Clinique chirurgicale* (Charité) : MM. Duplay, Nélaton, Albarran. — *Clinique médicale* (Charité) : MM. Cornil, Ballet, Gilbet. — *Censeur et suppléant* : MM. Guyon, Gilbert. — *Clinique obstétricale* (clinique de la rue d'Assas) : MM. Tarnier, Maygrier, Bar. — *Suppléant* : M. Quénu.

MERCREDI 28. — *Médecine opératoire* : MM. Ricard, Poirier, Sebileau. — *Thérapeutique et médecine légale* : MM. Pouchet, Landouzy, Marie. — *Censeur et suppléant* : MM. Gautier, Retterer.

JEUDI 1er. — *Médecine opératoire* : MM. Le Dentu, Schwartz, Poirier. — *Physiologie* : MM. Mathias-Duval, Rémy, Gley. — *Pathologie externe* : MM. Panas, Tarnier, Nélaton. — *Censeur et suppléant* : MM. Joffroy, Roger.

VENDREDI 2. — *Clinique chirurgicale* (Charité, 1re série) : MM. Tillaux, Tuffier, Lejars. — *Clinique chirurgicale* (Charité, 2e série) : MM. Ricard, Jalaguier, Delbet. — *Clinique médicale* (Charité) : MM. Potain, Brissaud, Déjerine. — *Censeur et suppléant* : MM. Terrier, Déjerine. — *Clinique obstétricale* (clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Varnier. — *Suppléant* : M. Chauffard.

SAMEDI 3. — *Physiologie* : MM. Mathias Duval, Rémy, Gley. — *Thérapeutique et médecine légale* : MM. Dieulafoy, Debove, Marfau. *Censeur et suppléant* : MM. Laboulbène, Chantemesse. — *Clinique chirurgicale* (Hôtel Dieu) : MM. Panas, Schwartz, Brun. — *Clinique médicale* (Hôtel-Dieu) : MM. Joffroy, Gilbert, Letalle. — *Censeur et suppléant* : MM. Cornil, Ballet. *Clinique obstétricale* (clinique de la rue d'Assas) : MM. Tarnier, Maygrier, Bar. — *Suppléant* : M. Ménétrier.

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 9 — 3 Mars 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

CLINIQUE DE LA RUE-D'ASSAS — M. LE PROFESSEUR TARNIER

Ligature du cordon ombilical.

Leçon recueillie et rédigée par le Dr Em. Gagey.

Je vous montrais tout à l'heure, Messieurs, dans les salles de la Clinique, un enfant qui était né à six heures du matin et qu'on trouvait à sept heures du soir avec une hémorrhagie ombilicale assez abondante. Cet accident n'a pas eu de suites fâcheuses pour l'enfant, grâce aux soins dont il a été immédiatement entouré. Comme vous aurez bien des fois dans votre pratique à faire la ligature du cordon ombilical, je veux vous indiquer quelle conduite vous devrez tenir pour vous mettre à l'abri de tout accident de ce genre.

D'abord faut-il lier le cordon ? Certains auteurs, entre autres Paul Dubois, Depaul ont fait des expériences à ce sujet. Ils sectionnaient le cordon sans le lier ; ils le laissaient à ciel ouvert et observaient avec soin ce qui se passait. Quelques gouttes de sang sortaient par le bout ombilical, et, en général, il ne se produisait pas d'hémorrhagie. Mais survenait-il une gêne respiratoire, occasionnée soit par une glaire obstruant le larynx, soit par des langes trop serrés, aussitôt l'hémorrhagie se déclarait abondante. En effet, comme l'a montré M. Ribemont, lorsqu'on coupe le cordon, les vaisseaux se rétractent, et, pour vaincre la résistance de cette rétraction, il faut une pression équivalente à celle d'une colonne de mercure de 12 à 16 centimètres et même davantage. Or, s'il se produit de la gêne respiratoire, la tension du sang augmente, finit par vaincre l'obstacle et il se fait une hémorrhagie.

L'exemple de ce qui se passe chez les animaux n'est pas probant. Après avoir mis bas, ils mâchent ou piétinent le cordon ombilical, et, malgré le broiement, qui peut être considéré comme un moyen d'hémostase, on a pu relater un certain nombre d'hémorrhagies.

Il est donc de toute utilité de lier le cordon ombilical, et encore n'est-on pas à l'abri de tout accident, vous en avez eu la preuve. Il ne suffit pas de faire une ligature, il faut encore la bien faire.

A quel moment doit-on lier le cordon ombilical ? Mauriceau le liait plusieurs heures après l'accouchement ; Capuron, Cazeaux conseillent de faire la ligature immédiatement après la naissance, tandis que Nagelé, Jacquemier attendent que les pulsations du cordon soient devenues très faibles. J'ai cherché quel était le moment le plus favorable pour l'enfant, et M. Budin, alors qu'il était mon interne à la Maternité, a fait de nombreuses expériences à ce propos. Dans une première série, aussitôt le fœtus expulsé, on sectionnait le cordon et on recueillait avec soin tout le sang qui s'écoulait par le bout placentaire. Dans la seconde série, on laissait le cordon attenant à l'enfant jusqu'à cessation complète des battements, on sectionnait alors et on recueillait le sang du bout placentaire. Nous avons trouvé une différence de 92 grammes de sang en moins dans la seconde série d'expériences que dans la première. Qu'était donc devenue cette quantité de sang, relativement énorme, qui manquait dans la seconde série ? Ce sang était-il passé dans le corps de l'enfant ? Restait-il dans le placenta ? Nous avons pensé que le nouveau-né profitait de ces 92 grammes de sang et notre opinion s'est trouvée confirmée par les recherches de M. Hélot. Aussitôt le fœtus expulsé, Hélot le posait sur une balance placée entre les jambes de la mère ; puis il répétait cette pesée après la cessation complète des battements du cordon et il trouvait alors une augmentation de poids constante, 53 grammes en moyenne. Mais d'où vient la différence de chiffres pour les résultats obtenus par nous ou par M. Hélot ? C'est que dans les expériences de Hélot, quelle que fût la rapidité des manœuvres, il s'écoulait toujours un certain temps entre l'expulsion et la pesée de l'enfant et déjà du sang avait pu passer du placenta dans la circulation fœtale.

En présence de ces faits, nous sommes autorisé à conclure qu'il ne faut pas priver l'enfant de cette grande quantité de sang et qu'il ne faut pas se presser de lier le cordon. Doit-on attendre qu'il n'y ait plus de battements ? Quelquefois les battements cessent au bout de cinq, dix minutes seulement, mais le plus souvent, c'est deux ou trois minutes après l'accouchement. D'ailleurs, le point essentiel est que la plus grande partie du sang soit passée dans la circulation du nouveau-né, ce qui se fait presque aussitôt après l'accouchement. Donc, premier principe : on doit poser la ligature deux ou trois minutes après l'expulsion du fœtus.

Il est bon de faire d'abord une ligature temporaire pour en faire une définitive, avec tout le soin voulu, alors que l'enfant ne tient plus au placenta. Un autre avantage de la ligature provisoire, c'est que vous pouvez abandonner l'enfant pour vous occuper uniquement de la mère. Cette ligature provisoire doit être placée à huit ou dix centimètres au dessus de l'ombilic. Ici, à la clinique, nous posons deux pinces à forcipressure, nous sectionnons le cordon entre ces deux pinces, et, plus tard, nous avons tout loisir pour faire une ligature définitive avec soin. La pince placée sur le bout placentaire ne sert qu'à empêcher, au moment de la section, le jet de sang, qui pourrait éclabousser les assistants ; elle est enlevée aussitôt après, et on peut faire couler le sang dans une compresse. Si on laissait la pince en place, le placenta ne pourrait se vider et rendrait par son volume la délivrance plus difficile.

La ligature doit se faire avec du fil assez gros; s'il était trop fin, il risquerait de couper le cordon. Je vous conseille de vous servir du fil connu dans le commerce sous le nom de fil de Bretagne. Ce fil doit être absolument aseptique ; pour cela, on le fait bouillir dans une solution phéniquée, et on le conserve dans une solution de sublimé. Si vous n'avez pas ds solutions antiseptiques sous la main, vous arriverez à un bon résultat en plongeant votre fil dans de l'eau ordinaire, que vous ferez bouillir. Vous avez toujours le temps d'aseptiser de cette façon votre fil, pendant que l'accouchement se fait. On a l'habitude de doubler le fil, puis, après avoir entouré le cordon, on fait un double tour, et l'on serre fortement, mais *très lentement*, pour éviter de couper le cordon et pour permettre le retrait du tissu muqueux et on refait enfin un second nœud pour bien assurer la solidité de la ligature.

Vous ferez la ligature définitive à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Plus bas, vous risqueriez de pincer une hernie ombilicale, quoique, dans ce cas, le cordon soit en général très volumineux et qu'il faille bien peu d'attention pour ne pas s'apercevoir de cet accident. Mais, dans certains autres cas, il n'y a qu'un diverticule de l'intestin et celui-ci pourrait être étranglé par une ligature placée trop bas. Si vous liez trop haut, vous aurez un long morceau de cordon inutile et gênant. Enfin, il faut compter avec le préjugé des mères, qui attribue à la façon dont a été lié le cordon la forme de l'ombilic et surtout la production de la hernie ombilicale, si fréquente dans l'enfance.

Voilà pour un cordon ordinaire. Mais bien souvent vous aurez affaire à un cordon gras, volumineux, rempli de gélatine de Wharton, gros comme le pouce et plus même quelquefois. Comment ferez-vous la ligature alors? Vous risquerez fort, si vous procédez comme je viens de vous le dire, d'avoir une ligature qui ne tiendra pas. La gélatine de Wharton, en effet, se retire après coup et les vaisseaux ne seront plus assez comprimés. C'est ainsi que de Lamotte, appelé pour une hémorrhagie ombilicale après ligature, put introduire une sonde entre le fil et le cordon. J'ai eu l'occasion de voir un enfant qui présentait un cordon certainement plus gros que le pouce. J'ai alors procédé de la façon suivante: j'ai fait d'abord la ligature classique à deux travers de doigt de l'ombilic, puis une seconde 8 ou 10 centimètres plus haut. Je sectionnai le cordon au-dessus de cette seconde ligature. Repliant alors le cordon sur lui-même, et ramenant les deux ligatures au même niveau, j'en fis une troisième avec un ruban solide sur le cordon ainsi doublé. Eh bien! malgré ce surcroît de précautions, une heure après se déclarait une hémorrhagie abondante, dont je ne me rendis maître que par une série de ligatures.

En 1875, j'eus l'idée d'employer, pour les cordons gras, une ligature élastique. L'année précédente, Dickson avait fait une communication sur ce sujet à la Société obstétricale d'Edimbourg; mais je n'en avais pas connaissance. On ne peut pas serrer avec un fil de caoutchouc comme avec un fil ordinaire, et, même en faisant plusieurs circulaires, le cordon fuit sous la pression. Je songeai alors à poser ma ligature sur un corps solide, appliqué sur le cordon. Je me suis servi d'une allumette, que je tenais étendue sur le cordon entre le pouce et l'index; je tenais en même temps l'une des extrémités de mon fil de caoutchouc fixée sur l'allumette, et alors, ayant un point d'appui résistant, j'ai pu allonger mon caoutchouc de façon qu'en revenant sur lui-même, il produisit une striction énergique. J'ai fait ainsi plusieurs circulaires, et, comme les nœuds n'auraient pas tenu, j'ai réuni et accolé les deux extrémités de mon fil et je les ai assujetties avec un fil ordinaire. Puis, pour me débarrasser de l'allumette, je n'avais qu'à la casser au point où était faite la ligature et à retirer chaque fragment. Ce procédé, connu sous le nom de *procédé de l'allumette*, rend les plus grands services; car la ligature élastique ne se desserre pas quand la gélatine de Wharton se retire, mais en vertu de son élasticité, elle revient sur elle-même et comprime énergiquement le cordon. L'on obtient une meilleure compression qu'avec un fil ordinaire, et vous pouvez voir ce cordon sur lequel on a fait une ligature ordinaire et une ligature élastique. Tandis que la partie du cordon liée avec du fil de Bretagne présente un diamètre encore très appréciable, la partie liée avec un fil élastique est devenue un cordonnet plein, régulier, très petit, mais très résistant.

THÉRAPEUTIQUE SYPHILIGRAPHIQUE[1]

Par Louis Wickham, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

Durée du traitement préventif.

Le traitement préventif de la syphilis doit être intermittent, ai-je dit, il doit aussi être longtemps prolongé : *il doit être chronique*, telle est la seconde base sur laquelle est fondée la méthode dite « *des traitements successifs* ».

Je ne m'attarderai pas à étudier pourquoi le traitement préventif doit être prolongé. Seules de nombreuses observations et une longue expérience, seule une statistique bien remplie et à longue échéance peuvent répondre à ces questions. Aussi faut-il s'en rapporter aux syphiligraphes dont l'expérience est consommée, et, ceux-ci sont d'accord sur ce point, que : le traitement, pour être réellement préventif, doit être longtemps prolongé.

Combien de temps le traitement préventif doit-il durer? L'accord ici n'est point aussi unanime. Six mois disent les uns ; deux ans, disent les autres ; d'autres encore toute la vie. Certaines autorités font suivre le traitement mercuriel du traitement ioduré, indiquant des durées spéciales pour les prises de mercure et d'iodure, etc. ; la plupart des combinaisons que l'on pourrait imaginer ont eu leur défenseur. Il serait fastidieux de les énumérer ; je me bornerai à résumer, en quelques mots, l'opinion du savant maître dont l'autorité est depuis longtemps universelle, de M. le professeur Fournier.

Et d'abord, il n'y a *pas de loi*, *pas de règle absolue* : ce qui va suivre n'est que l'esprit général dans le sens duquel il convient de diriger la thérapeutique de la syphilis, et, ajoutons, d'une syphilis sans accrocs, d'une syphilis docile.

Je précise : un malade consulte pour un reliquat de chancre, une roséole, quelques syphilides papuleuses, des

(1) Voir numéros 52, 1893 et 3, 1894.

plaques muqueuses buccales. Le traitement mercuriel fait tout disparaître en quatre semaines. Le traitement préventif est alors institué. Depuis ce moment aucune manifestation syphilitique ne s'est plus produite. Voilà un type de syphilis docile, comme elle se présente huit fois sur dix dans la clientèle de ville; quelle sera dans ce cas la durée du traitement préventif?

« Comme (1) des deux remèdes dont nous disposons contre la syphilis, c'est le mercure qui, très certainement, constitue notre plus sûr recours au point de vue préventif, il suit de là que c'est à une médication prolongée *par le mercure* que nous devons faire appel... J'avais *autrefois* fixé la durée du traitement à *deux ans en moyenne... Aujourd'hui*, avec pas mal d'années et d'expérience en plus, je ne répudie pas cette évaluation. Je crois même actuellement que comme règle habituelle, il y a prudence à insister sur la médication mercurielle par cures largement espacées au cours de la troisième année de la maladie. »

M. le prof. Fournier est aussi d'avis (en repoussant avec *énergie toute idée de règle absolue*), de faire suivre ce traitement mercuriel d'un traitement ioduré. Ce dernier doit en moyenne durer trois années. La première est mêlée à la troisième année de traitement mercuriel.

En résumé :

Première année de traitement : mercure.

Deuxième année de traitement : mercure.

Troisième année (1re du traitement ioduré) : mercure et iodure.

Quatrième année (2e du traitement ioduré) : iodure.

Cinquième année (3e du traitement ioduré) : iodure.

Faut-il donc, après les trois années de mercure, attendre encore deux années pour obtenir la jugulation de la syphilis? Et la syphilis peut-elle jamais être jugulée? Nous réservons l'étude de ces questions auxquelles est liée l'importante question de la possibilité de mariage.

Dès aujourd'hui, cependant, il est nécessaire de dire que les trois premières années seules sont de toute première importance. L'exeat, la permission du mariage, pourra être donné après la troisième année, mais pas avant et seulement si, d'une part, il ne s'est produit aucune manifestation syphilitique dans le cours de la troisième année, et si, d'autre part, l'autorisation au mariage est vivement réclamée. Cela n'empêcherait pas d'ailleurs la continuation du traitement ioduré pendant les deux années suivantes. Enfin on n'abandonnera jamais le malade sans l'avertir de la possibilité d'accidents tertiaires tardifs, sans l'engager à venir consulter à l'apparition des moindres manifestations cutanées ou nerveuses durables.

Nous savons maintenant que le traitement de la syphilis doit être intermittent et longtemps prolongé, nous en connaissons la durée. Comment doit-il être prescrit? Quels sont les détails mêmes de la direction générale de ce traitement? C'est ce que nous établirons dans le prochain article.

(1) Professeur Fournier, *Traitement de la syphilis*, 1893.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement de l'arthrite blennorrhagique.

Les manifestations articulaires de la blennorrhagie revêtent cinq formes cliniques. Il en est deux que nous passerons sous silence : La forme *arthralgique*, parce que son traitement ne présente rien de particulier à considérer; le *rhumatisme noueux blennorrhagique*, parce que cette forme réclame une thérapeutique qui est celle du rhumatisme noueux en général, quelles que soient les hypothèses admises sur sa pathogénie.

Dans tous les cas et à toute période, un malade atteint d'arthrite doit être soigné de sa blennorrhagie par les moyens appropriés.

Nous indiquons seulement ici les procédés de traitement les plus simples et les plus pratiques.

S'agit-il d'une *arthrite aiguë*, avec peu d'épanchement? Dès le début, immobilisation. Surtout quand cette immobilisation doit durer un certain temps, il faut toujours prévoir et redouter l'ankylose, et pour ce qui est des membres, songer à leur donner de suite la position la meilleure: dans les arthrites du genou, la jambe sera étendue, — quoique une ankylose rectiligne soit encore très défavorable à la marche et nécessite souvent, par elle-même et par les douleurs qui l'accompagnent, une résection ultérieure. Dans les arthrites du coude immobilisées, le bras, suivant la profession du malade, sera étendu ou fléchi plus ou moins.

Puis, compression de l'article, au moyen d'une bande de flanelle isolée de la peau par une couche d'ouate. On peut également employer la bande de caoutchouc, à la condition expresse d'en surveiller attentivement les effets.

Si après quelques jours (quatre ou cinq), il n'y a pas une sédation notable de tous les symptômes, ponctionner l'articulation et injecter dans la cavité de la synoviale de un à quatre centimètres cubes d'une solution de sublimé à un pour quatre mille (Rendu). Sur le champ, on refait la compression et, de nouveau, le pansement compressif doit rester plusieurs jours en place. Et alors, si tout n'est point rentré dans l'ordre, il n'y a plus que l'arthrotomie. Dans les cas très aigus avec douleurs très violentes, l'arthrotomie sera faite d'emblée.

Il y a un abondant épanchement articulaire, (f. *hydarthrose*) : ponction, aspiration, compression. Après quelques jours, le liquide reparaît ou, au moment de la ponction, présente une teinte louche : arthrotomie.

Dans l'*arthrite suppurée*, (reconnue par la ponction), l'arthrotomie ne sera jamais trop précoce. De même, quand on voit pour la première fois une arthrite blennorrhagique quelconque qui pendant plusieurs semaines a résisté au traitement habituel, (compression, révulsion, immobilisation), c'est l'arthrotomie qu'il faut proposer de suite comme le meilleur moyen de calmer les douleurs et qui donnera le plus grand nombre de chances d'éviter l'ankylose consécutive.

L'ouverture de l'articulation, ou des articulations malades, sera faite suivant toutes les règles d'une antisepsie rigoureuse. La cocaïne donne, le plus souvent, une anesthésie locale suffisante.

Une large incision de la synoviale dans ses points les plus accessibles et les plus déclives et un lavage articulaire avec une solution chaude de chloral, acide phénique ou sublimé, sont nécessaires. Car, on trouve souvent des masses fibrineuses adhérentes, d'un aspect opalin, jaune clair ou verdâtre, à consistance de blanc d'œuf épais, qu'il faut parfois enlever avec une pince ou avec le doigt, dont l'aspiration eût été impossible et la résorption nécessairement fort lente. D'où la nécessité, chaque fois que la chose est possible, d'explorer toute l'articulation avec l'extrémité du doigt, avant de terminer le lavage antiseptique.

On draine l'articulation, on suture la plaie sur un ou plusieurs plans et, au niveau du drain lui-même, on place un fil d'attente comprenant toute l'épaisseur des tissus. Le tout est recouvert d'un pansement antiseptique épais, exerçant une compression légère et assurant une immobilisation suffisante.

Si les choses se passent normalement, le cinquième ou le sixième jour on lève le pansement. Lorsque le drain es sec, lorsqu'il n'y a aucun écoulement sur les pièces de pansement, on retire le drain et on noue le fil d'attente qui oblitère la plaie. On laisse passer encore cinq ou six jours, puis on commence le massage et les mouvements.

Quand le pansement est mouillé par un écoulement quelconque et, à plus forte raison, s'il y a du pus, on laisse le drain en place et on lave l'articulation. Ces lavages s'espaceront de plus en plus, au fur et à mesure que la sécrétion articulaire aura tendance à diminuer. Sitôt qu'elle sera tarie, on fera du massage et on commencera les mouvements. Ce traitement consécutif a une grande importance; aussi doit-il être réglé et continué avec tout le soin et la patience désirables.

A. Guépin.

EN PROVINCE

Asthme des foins

Dans une des dernières séances de la Société des Sciences médicales de Lyon, M. H. Mollière a fait une communication sur le traitement de l'asthme des foins. La fièvre des foins, rhinobronchite spasmodique, apparaît brusquement au printemps, surtout en avril-mai, sous forme d'un coryza intense avec accès d'éternuements violents et douloureux.

Chaque accès détermine l'écoulement par le nez d'un mucus clair et très liquide. Des sueurs abondantes accompagnent l'accès. Réduite à quelques accès, l'affection passerait presque inaperçue; mais chez un grand nombre de malades, les accès sont subintrants, se répètent avec une violence telle qu'ils peuvent tomber épuisés.

Un grand nombre de remèdes, surtout les essences de parfumerie (eau de lavande, verveine, etc.) ont été préconisées. Mais comme l'asthme des arthritiques, la fièvre des foins demande un traitement variable avec l'individu.

M. Mollière, atteint lui-même de l'Hay-fever, adopta les inhalations d'eau de Cologne.

En 1884, il fit une communication à la Société de médecine de Lyon sur ce sujet. Il suffit, pour arrêter un accès, de respirer à deux ou trois reprises l'eau de Cologne. Il n'y a pas d'accoutumance à ce mode thérapeutique; mais, d'autre part, il n'agit, comme beaucoup d'anesthésiques et d'antispasmodiques, que momentanément; aussi faut-il, dans les formes intenses, avoir toujours à sa disposition le calmant bienfaisant.

Ce traitement a pour lui sa simplicité et son innocuité. La cocaïne, qui tend à être recherchée dans les affections spasmodiques, a deux inconvénients graves : elle détermine sur les muqueuses où on l'applique une aridité extrêmement désagréable; d'autre part, il est impossible sans danger de faire des applications aussi répétées que le nécessiterait le type subsistant.

M. Mollière admet que l'eau de Cologne n'agit qu'en produisant une anesthésie de la pituitaire et enlève ainsi au réflexe qui produit l'éternûment, son élément premier : l'excitation des filets nerveux sensitifs.

L'éther a bien les mêmes propriétés, mais son action sur le cœur empêche de l'utiliser en inhalations trop fréquentes.

Rhumatisme articulaire aigu, exostoses et nodosités cutanées d'origine rhumatismale.

M. Hobbs présentait dernièrement à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, un jeune homme de 16 ans, entré dans le service de M. Picot pour une attaque de rhumatisme, avec complications cardiaques graves.

Il s'est produit chez ce malade quelques accidents rares qui donnent un intérêt marqué à son histoire pathologique. Jusqu'en mai 1893, ce jeune homme n'a présenté que deux affections, ayant évolué simplement, la varicelle et la rougeole.

Tous ses parents sont doués d'une santé excellente, ni tuberculose ni syphilis.

La première atteinte de rhumatisme date de huit mois. Elle fut très violente; toutes les articulations furent prises successivement. Quelques palpitations persistèrent pendant la convalescence.

Guéri, il put reprendre ses occupations, mais trois mois après il est obligé, tant ses palpitations devenaient intenses, de rentrer à l'hôpital. Il présentait à cette époque une péricardite avec insuffisance mitrale et aortique et une pleurésie gauche.

Ces complications cardiaques ne présentaient rien de particulier.

En examinant le malade, on découvrit au niveau des articulations, de petites tumeurs; le malade avait remarqué leur apparition pendant l'attaque de rhumatisme. Ces tumeurs sont des exostoses, siégeant surtout au niveau des grands articles : genoux, coudes, poignets.

Elles sont immobiles, douloureuses, du moins quelques-unes.

L'auteur note aussi leur symétrie habituelle et leur localisation unique, au niveau des extrémités osseuses. Les condyles fémoraux, la rotule, sont surmontés de ces petites masses. L'olécrâne, la trachée fémorale, sont rugueux, inégaux. L'extrémité carpienne du cubitus droit est déformée.

Enfin, les phalanges ont presque toutes leurs têtes hypertrophiées.

En 1884, M. Verneuil produisait deux observations analogues. C'est le pemier travail qui semble avoir paru sur ce sujet. Il concluait à l'origine pérostique.

En l'absence de syphylis, personnelle ou héréditaire, ces exostoses pouvaient faire penser aux exostoses ostéogéniques, telles que les a décrites Ollier. Mais, remarque M. Hobbs, comment ne pas tenir compte de la coïncidence d'apparition entre ces exostoses et l'attaque de rhumatisme. L'enfant a grandi considérablement pendant l'accès. D'autre part, le siège de ces exostoses est bien nettement épiphysaire, c'est-à-dire qu'elles semblent bien en rapport avec la couche d'accroissement des os. Aussi, l'auteur conclut-il à leur nature rhumatismale, tout en admettant une intervention possible de la période de croissance, activant leur production.

En plus, le malade présentait aussi des nodules cutanés, dont quelques-uns pédiculisés, répandus sur le thorax, le dos de la main, des doigts. Comme dans la majorité des cas publiés depuis Meynet (Lyon 1875), les nodosités ont disparu en grande partie.

A L'ÉTRANGER

ANGLETERRE

Pyopneumothorax sous-Phréniques.

Le *British medical journal* publiait récemment deux observations de pyopneumothorax sous-phréniques. Toutes deux étaient publiées par M. Lee Dickinson.

Le 11 mai 1893, entrait à l'hôpital Saint-Georges, un malade, adulte, se plaignant de phénomènes dyspeptiques de date ancienne. Il avait toléré ses douleurs pendant plusieurs années, mais depuis quelques mois elles s'étaient beaucoup aggravées, en même temps que leur localisation précise à la région épigastrique s'affirmait. Depuis une quinzaine de jours, l'état douloureux avait empiré.

Le malade était très émacié, haletant. Tout travail lui était non seulement pénible, mais presque impossible, par suite de la perte de ses forces.

L'examen du sujet montra, dans la région de l'hypochondre droit et aux confins de l'épigastre, une saillie très notable. Le foie était repoussé, abaissé au niveau de la tuméfaction, la percussion donnait un son tympanique, et l'auscultation laissait percevoir un tintement métallique sans souffle. L'examen du poumon droit donna des renseignements précieux : ce fut d'abord l'abolition du murmure respiratoire à la base, et plus haut, au niveau de l'épine de l'omoplate, un souffle bronchique. Du côté gauche, sauf quelques sibilances, le poumon semblait en bon état.

Dans ces conditions, M. Lee Dickinson écarta l'idée d'un pneumothorax vrai, et se rallia au diagnostic pyopneumothorax sous-diaphragmatique, c'est-à-dire d'un abcès qui s'était créé une loge en repoussant le poumon en haut, le foie en bas.

Quatre jours après son admission à l'hôpital, le malade fut opéré. Une incision fut faite au niveau de la partie la plus sail-

lante de la tumeur, et quand l'instrument eut pénétré dans l'abdomen, il s'échappa une quantité assez notable de pus et de gaz. Entre le lobe droit du foie et le diaphragme, le pus s'était collecté dans une loge qu'il s'était créé.

Les suites de l'opération furent simples, la guérison absolue ne demanda que 20 jours.

Quant à la cause de cet abcès, à son lieu d'origine, ils restent inconnus.

M. Lee Dickinson a pensé que l'appendice vermiculaire ulcéré a pu dans ce cas être le facteur étiologique de la collection.

La seconde observation de M. Dickinson a beaucoup de points de ressemblance avec la première, mais le début est tout différent ici.

Il s'agit d'une malade qui brusquement, le 4 juillet 1893, ressentit une violente douleur à l'épigastre. Assez rapidement se produisirent des éructations, des nausées, des vomissements.

Son médecin trouva, mais seulement quelques jours plus tard, des symptômes de pleurésie du côté gauche.

Le 18 elle entrait à l'hôpital. Il fut facile d'établir le diagnostic. La collection prenait son centre à l'épigastre ; le tympanisme et le tintement métallique y furent facilement perçus :

Le siège, le mode de début permirent d'attribuer sa formation à une perforation stomacale.

La laparotomie confirme le diagnostic de l'abcès sous phrénique mais on ne put retrouver de perforation stomacale.

La pleurésie gauche s'était affirmée et le liquide était devenu purulent, l'opération de l'empyème fut décidée. Aucune communication de la cavité pleurale avec la poche sous-phrénique ne put être relevée.

Après une amélioration de courte durée, la malade fut emportée par des phénomènes de septicémie.

L'autopsie permit de trouver sur la petite courbure de l'estomac un ulcère rond ayant perforé la paroi.

Ces cas ont une importance manifeste, car si la péritonite généralisée est la règle, il faut savoir que dans quelques circonstances l'inflammation est maxima sur la partie diaphragmatique du péritoine, ce qui permet la séquestration du foce et l'établissement des abcès sous-phréniques.

Kystes de l'ovaire suppurés ouverts dans le rectum.

M. H. Cripps est venu relater à la Société médicale de Londres quatre observations de kystes suppurés ouverts dans le rectum.

Le premier cas est celui d'une femme de vingt-six ans, qui vint consulter pour des douleurs dans la fosse iliaque gauche.

A quelques jours de là, brusquement, la malade eut une évacuation de pus par le rectum.

Le toucher vaginal montra que le col de l'utérus était repoussé à gauche et dans le cul-de-sac gauche on put sentir une tuméfaction.

Par le toucher rectal, on sentait une perforation irrégulière.

Le diagnostic de K. ovarien étant admis, la poche fut ponctionnée et drainée par le vagin et la fistule rectale s'oblitéra.

Ce ne fut que plus tard, lors d'un nouveau séjour de la malade à l'hôpital, qu'on lui fit une laparotomie. Deux kystes existaient à gauche, l'un derrière le ligament large, l'autre au-dessous du premier.

Le second était plus petit, mais ses parois étaient épaisses adhérentes au rectum. Aussi on dut laisser le fragment adhérent.

La malade guérit complètement.

Le second cas concernait une femme de 32 ans ayant accouché récemment. Quinze jours avant son admission à l'hôpital, elle eût une évacuation de pus.

L'examen permit de sentir une tumeur en arrière et à droite de l'utérus.

La laparotomie permit de constater et d'enlever complètement un kyste du ligament large très adhérent au rectum et à la vessie. La malade a guéri rapidement.

Le 3e cas a trait à une femme de 30 ans chez laquelle un kyste fœtal tubaire s'était ouvert dans le rectum.

A plusieurs reprises elle avait été prise de douleurs intenses sous forme de crises, ce qui décida le chirurgien à intervenir.

On fit la laparotomie et on trouva un kyste fœtal développé dans la trompe et communiquant avec le rectum. Le fœtus avait 6 centimètres de longueur.

Le kyste fut enlevé avec la trompe. Guérison.

Enfin, le quatrième cas est celui d'une femme de trente ans, ayant eu, dix-huit mois auparavant, des phénomènes de péritonite.

Dans la partie droite du petit bassin, et profondément, on sentait une volumineuse tumeur. On fit la laparatomie, et on trouva un kyste du ligament large, sur lequel l'épiploon et les anses intestinales étaient réunis en masse. Le kyste communiquait avec le rectum. Ce fait ne fut d'ailleurs constaté qu'à l'autopsie.

Que faire en face de cas analogues? Faut-il adopter la laparatomie, et, quand elle est faite, quelle conduite suivre ?

Répondant à M. Cripps, M. Cullingworth se déclare partisan de l'ablation du kyste par la laparotomie.

M. Routh estime que pour les kystes abordables par le vagin ou le rectum, il est préférable de les ponctionner, et d'établir un drainage si le liquide est purulent.

REVUE DES JOURNAUX

Tuberculose humaine et animale.

Trois cas de tuberculose chez le chien, par M. Bissange, (*Recueil de médecine vétérinaire*, n° 21, 15 novembre 1893.)

Le traitement de la tuberculose par les injections de sérum de chien, tout particulièrement préconisé par MM. Ch. Richet et Héricourt donne de l'intérêt au point de vue purement médical à l'étude de M. Bissange.

Pour cet auteur, le chien après avoir été considéré longtemps comme à peu près réfractaire à la tuberculose, puis comme fournissant un terrain peu favorable à l'évolution de cette affection microbienne est aujourd'hui reconnu pour un sujet contractant facilement cette maladie.

Il est, semble-t-il, prouvé que pendant longtemps on a confondu, chez un animal, la tuberculose, avec trois autres maladies analogues par les symptômes, durant la vie. Aujourd'hui encore, il est probable que la plupart du temps il y a erreur de diagnostic dans beaucoup de cas de lésions pulmonaires : les symptômes simulent, en effet, la pneumonie, la bronchite chronique. Les tumeurs sarcomateuses ou carcinomateuses du poumon ou des organes digestifs, si fréquentes chez les vieux chiens, ont dû prêter à la confusion. Il faut un examen attentif, des commémoratifs précis, l'inoculation ou la recherche microscopique du bacille pour porter un diagnostic certain. Or, généralement, ces moyens font défaut et la tuberculose passe inaperçue.

L'autopsie des cadavres morts d'affections pulmonaires aiguës ou chroniques décèlerait certainement un assez grand nombre de chiens tuberculeux : cet animal étant peut-être, par la manière de vivre, le plus exposé à la contagion de la part de l'homme. C. A.

Recherches expérimentales sur les effets de la laparotomie dans les cas de péritonites tuberculeuses, par MM. Nannotti et Baciocchi. (*Riformo medica* et *Rev. inter. de thér. et de pharm.*, n° 18, 1893.)

Les expériences des deux auteurs ont été faites sur des lapins et sur des chiens. Des ganglions tuberculeux provenant de cobayes ont été triturés dans un bouillon de culture ordinaire. Le mélange dans lequel on avait dûment constaté la présence de bacilles de la tuberculose, était injecté dans la cavité abdominale des animaux en expérience.

Ces expériences ont entraîné à leur suite une tuberculose très nette du péritoine, qui intéressait principalement l'épiploon, le ligament gastro-splénique et le ligament hépato-duodénal. Le feuillet pariétal du péritoine ne contenait qu'exceptionnellement des tubercules on n'en a jamais trouvé dans le feuillet viscéral de la séreuse.

A la suite de ces injections de matière tuberculeuse, on a fait, à des intervalles de dix, vingt, trente et soixante jours, des laparotomies, quelques-unes suivies de lavages avec de l'eau stérilisée ou avec une solution boriquée à

3 0/0 ou avec une solution de sublimé à 1/4000. Les deux expérimentateurs voulaient ainsi étudier l'influence de la laparotomie sur l'évolution des tubercules du péritoine. Naturellement à chacune de ces laparotomies on excisait un fragment du tissu tuberculeux.

Les résultats portent que chez des lapins, les laparotomies n'ont été suivies que d'une simple amélioration. Au contraire, chez les chiens on a noté des résultats curatifs surprenants. Quinze jours après la première laparotomie, la tuberculose avait subi une régression considérable ; au bout de deux mois on n'en constatait plus de traces sur le péritoine. (*Lyon médical*, n° 41.) A. F.

Sur le traitement opératoire de la péritonite tuberculeuse chez les enfants, par M. Conitzer. (*Deuts. med. Wochens*, n° 29, 1893.)

Dans un travail d'ensemble sur le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse chez les enfants, l'auteur relate trois cas de cette affection, opérés à l'hôpital israélite de Hambourg. Voici les conclusions qu'il a formulées à la fin de son travail :

1° La péritonite tuberculeuse est susceptible de guérir spontanément ; cette guérison spontanée s'observe rarement dans les cas de péritonite sèche et très souvent dans les cas de péritonite exsudative.

2° Les cas de péritonite tuberculeuse exsudative, terminés par la guérison spontanée, ont été considérés jusqu'ici comme des cas de péritonite chronique exsudative simple ou d'une ascite essentielle.

3° Toutes les formes de péritonite tuberculeuse peuvent être guéries ou du moins améliorées par la laparotomie, alors même que les autres procédés de traitement, y compris la ponction, ont échoué.

4° Le succès de l'opération dépend : *a*) De la forme de l'affection : les meilleurs résultats sont obtenus dans les cas qui s'accompagnent d'un épanchement chronique ; *b*) De la durée de l'affection; *c*) Des complications éventuelles.

5° L'opération est indiquée lorsque le traitement interne n'a amené aucune amélioration.

6° Elle est contre-indiquée chez les sujets très adynamisés et chez les enfants qui sont atteints d'une autre affection tuberculeuse grave.

7° On n'est pas encore fixé sur la cause et le mécanisme de la guérison de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie. (*Lyon médical*, n° 41.) A. F.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 février. — Présidence de M. Laboulbène.

Endartérite oblitérante.

M. Laveran. — Je viens présenter à l'Académie l'observation d'un paludéen qui présenta des lésions diverses, suites d'endartérite oblitérante.

Le malade dont il s'agit, âgé de 46 ans, eut de 1884 à 1890 plusieurs accès d'impaludisme. En 1891, survinrent des douleurs très aiguës dans le pied gauche, puis de la claudication intermittente et de la gangrène sèche. Tout l'avant-pied fut envahi. On fit l'amputation du pied et cela avec plein succès.

En 1893, des accidents analogues du côté droit forcèrent le chirurgien à enlever l'avant-pied.

En examinant le pied amputé, j'ai trouvé les artères tibiales antérieure et postérieure obstruées et réduites d'ailleurs à un petit cordon de 1 millimètre à 1 millimètre 1/2 de diamètre.

La tunique moyenne était très atrophiée; l'endartère présentait une prolifération très accusée. Les veines étaient atteintes d'endophlébite. Friedlander a décrit, sous le nom d'endartérite oblitérante, un type qu'il sépare de l'artérosclérose et c'est à ce type que semble se rapporter le cas dont je viens de vous entretenir.

Je crois aussi que l'impaludisme n'a été que l'occasion, la cause efficiente étant inconnue. Il en était de même dans les observations de Winiwarter, Routier, Heydenreich.

Troubles gastriques et cardiaques produits par l'attitude scolaire habituelle.

M. Motais (d'Angers). — Dans les collèges et écoles, on prescrit souvent aux enfants une attitude très préjudiciable au bon fonctionnement du cœur et de l'estomac.

Il résulte de cette attitude que l'enfant s'inclinant sur le côté gauche, amène ses fausses côtes gauches au contact de la crête Iliaque ; repoussant ainsi la grosse tubérosité de l'estomac sur la rate et l'intestin. L'enfant est, de plus, courbé en avant et la ligne de flexion suit à peu près le rebord costal. L'estomac se trouve ainsi déprimé sur sa face antérieure.

Les viscères thoraciques, le cœur surtout, souffrent aussi de cette attitude.

Les vaisseaux du cou sont tendus, fléchis et comprimés. Aussi constate-t-on fréquemment des palpitations de la dyspnée. Nous trouvons aussi l'explication des dyspepsies si fréquentes dans les collèges, dyspepsies que l'attitude doit guérir ou améliorer presque à coup sûr.

Il me semble donc que l'attitude droite, ou la station debout doivent être prescrites comme traitement prophylactique et curatif chez les écoliers dyspeptiques ou sous le coup de troubles cardiaques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 février.

Infection expérimentale des voies biliaires par le streptocoque, le staphylocoque doré et le pneumocoque.

MM. A. Gilbert et Dominici. — Nous avons déjà démontré que l'injection du streptocoque, du staphylocoque doré et du pneumocoque, dans le canal cholédoque du lapin, déterminait une angiocholite, avec abcès, foyers de nécrobiose.

Nous avons multiplié nos expériences, les résultats ont toujours été concordants.

Deux lapins ont reçu chacun, quinze gouttes d'une culture de streptocoque. L'un d'eux fut sacrifié après vingt-cinq jours ; nous trouvâmes à l'autopsie un gros foie dont les voies biliaires très enflammées, en partie obstruées par des cellules rondes contenaient beaucoup de streptocoques.

Deux lapins furent inoculés avec de l'aureus ; les lésions chez l'un d'eux furent analogues à celles que nous avons observées dans l'infection streptoconique ; l'autre fut sacrifié au bout de dix-sept jours, son foie présentait de nombreux petits abcès.

Deux lapins inoculés avec une culture de pneumocoques présentèrent un ictère bien caractérisé et nous trouvâmes un exsudat muqueux, formant bouchon dans le cholédoque près de son abouchement dans l'intestin. Le bouchon muqueux, considéré autrefois comme la cause de l'ictère catarrhal, peut donc être le résultat de la cholédocite infectieuse.

Méthode de mensuration crânienne

M. Luys. — Les dimensions de la tête et du cerveau peuvent être établies par un système de cubage fait avec de petites parallélipipèdes de bois.

Prenant les diamètres transverse et antéropostérieur de la tête, on en déduit géométriquement le diamètre vertical. On réduit alors toutes les dimensions au 1/10e et on établit un volume analogue avec de petits parallélipipèdes de bois.

Il y aurait, au point de vue anthropologique, grand intérêt à pouvoir établir des cubages comparatifs de la tête pour juger de l'influence de l'âge, de l'éducation, de la race, sur le développement du cerveau.

Mal de Montagne

M. Chauveau. — M. Egly Saint-Clair affirme que le mal de montagne existe toujours. Or, après M. Lortet, je viens vous apporter mon observation personnelle en contradiction avec l'affirmation de M. Egly Saint-Clair.

J'ai fait, en 1866, une ascension au Mont-Blanc : bien que mes

notes aient été perdues, je puis vous dire que je n'ai éprouvé aucun phénomène du mal de montagne aux grandes altitudes. En descendant, j'eus des vomissements et une envie irrésistible de dormir. Mais il n'y avait là que la résultante de la fatigue.

Il y a dans l'existence ou l'absence du mal de montagne chez un sujet, autre chose qu'une raison physique pure. Il y a, entre autres, une accoutumance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 février 1894.

Nature de la maladie de Basedow.

M. P. Marie. — Au cours du traitement par l'injection de thyroïde, dans le myxadème, j'ai, comme plusieurs auteurs, remarqué qu'il se produisait des phénomènes analogues à ceux qui caractérisent le goitre exophtalmique : la tachycardie, l'état d'excitation nerveuse, la polyurie, l'albuminurie, la paraplégie incomplète, l'exagération des sécrétions.

La théorie émise par Mœbius, adoptée par MM. Renaut et Joffroy, qui place la cause de la maladie de Basedow dans le corps thyroïde semble trouver là un appui ; cependant, je refuse encore de l'adopter. Je crois que l'hyperthyroïdation de l'organisme n'est pas cause de la maladie, mais que c'est un des premiers effets du trouble nerveux, qui, lui, est la vraie cause.

Un certain nombre de symptômes du goitre exophtalmique sont dûs à l'hyperthyroïdation, mais l'exophtalmie, le signe de Graefe, sont dûs à d'autres causes.

Si l'hyperthyroïdation amène plusieurs des symptômes de la maladie, il est évident que la médication thyroïdienne recommandée par Gauthier (de Charolles) est contre-indiquée. En revanche, la thyroïdectomie me semble plus légitime.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 février. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Grossesse prise pour un kyste de l'ovaire.

M. A. Reverdin (de Genève) envoie une observation dont le résumé suit.

Une femme de 24 ans, présentant un énorme kyste ovarique, fut opérée par M. A. Reverdin. L'opération fut simple, la guérison rapide.

Dix-neuf mois plus tard, la malade revenait se plaignant d'avoir à nouveau le ventre gros. En effet, on sentait à la palpation une tumeur inclinée vers la droite, qui trois semaines après était nettement fluctuante. La malade avait eu à diverses reprises, depuis son opération, ses règles, mais toujours en petite quantité. Le col utérin était normal.

L'opération fut décidée. Le 13 juillet, la malade, anesthésiée à l'éther, subit la laparotomie. Des adhérences solides unissaient la paroi aux anses intestinales et en essayant de les rompre. L'opérateur sectionna une anse intestinale. En présence de cet accident M. Reverdin fit, à cause de la section étendue du mesentère, une résection de 12 centimètres d'intestin, puis sutura les bouts.

La tumeur est alors attirée au dehors, on peut déjà constater qu'elle ressemble peu à un kyste ovarique. Elle est sillonée de nombreux vaisseaux. Une ponction faite en vue d'évacuer une partie de la tumeur donne issue à du liquide louche ; mais bientôt l'écoulement s'arrête et le trocart enlevé, on voit se présenter un cordon ombilical.

Le fœtus âgé de 4 mois environ, avait peu de chances de vivre : le placenta et le fœtus sont enlevés. La matrice elle-même très mince, déchirée, était plutôt un danger pour l'opérée; aussi M. Reverdin lui fit une hystérectomie, et enleva du même coup l'ovaire restant. Le 14e jour la malade quitta la clinique. Le 19e, elle vaquait aux soins de son intérieur. Depuis il ne s'est pas produit d'éventration, les rapports sexuels sont non douloureux. indifférents.

L'intérêt de cette observation réside dans l'erreur du diagnostic. L'adhérence de la tumeur à la paroi; la fluctuation nette de l'hydramnios; l'état du col, tout faisait penser à un kyste ovarique. L'auscultation n'a pas été pratiquée, et encore n'en devait-on at tendre que peu de renseignements dans une grossesse de 4 mois et dans un cas d'hydramnios.

L'erreur ne semblait pas évitable.

Dans un cas analogue, il vaudrait mieux attendre avant d'intervenir.

Luxation obturatrice au cours du rhumatisme articulaire aigu.

M. Kirmisson. — Rapport sur une observation de *M. Hartmann*. — Au douzième jour d'un accès de rhumatisme aigu, le malade de M. Hartmann vit tous les phénomènes douloureux se fixer sur la hanche gauche. Entré d'abord dans un service de médecine, il passa bientôt dans le service de M. Terrier, où M. Hartmann l'examina. Le malade présentait une attitude bizarre : la cuisse reposait sur le lit par sa face externe. Le grand trochanter semblait enfoncé dans la masse musculaire, la cuisse était à angle droit sur le bassin.

La malade endormi, il fut possible de reconnaître qu'on avait affaire à une luxation obturatrice, la tête faisant saillie dans le triangle de Scarpa. Des tentatives de réduction par tractions directes restèrent inefficaces. M. Hartmann souleva le membre, le creux poplité appuyé sur son épaule, et combina cette élévation avec des mouvements d'adduction et d'abduction : la tête rentra doucement dans sa cavité.

La malade, immobilisée pendant quelques jours, fut massée et recouvra des mouvements presque parfaits en quarante jours.

En 1883, M. Verneuil entretint la Société des luxations subites au cours des maladies aiguës : il présenta à cette époque sept observations personnelles ; cinq cas se rapportant à la hanche, deux au genou.

A ce propos, M. Delens exposa deux faits analogues :

En 1892, j'ai moi-même eu un cas de luxation iliaque dans un rhumatisme scarlatineux.

La pathogénie reste encore discutée. Deux théories sont en présence : la théorie de J.-L. Petit, classique, celle de l'épanchement intraarticulaire ; et la théorie de M. Verneuil attribuant la luxation à l'action des antagonistes dans les parésies de certains faisceaux musculaires. Mais cette dernière explication, acceptable pour les luxations iliaques, n'est pas applicable au cas de M. Hartmann où on a trouvé une parésie analogue comme siège à celle des luxations iliaques de M. Verneuil. Je serais plutôt disposé à admettre que c'est l'attitude vicieuse prolongée qui détermine ces luxations.

M. Verneuil appliquait avec succès à ces luxations le traitement des luxations traumatiques. C'est ce qu'a fait M. Hartmann et le succès est venu lui donner raison.

Traitement des grandes déchirures perinéales

M. Routier. — Dans les cas où la cloison recto-vaginale est médiocrement entamée dans les déchirures perinéales, nous avons à notre disposition la méthode d'Emmet, qui permet la suture en bourse et le rétablissement plastique et fonctionnel du périnée.

Mais il est des cas où la cloison est détruite trop haut pour que le traitement habituel lui soit applicable. Dans ces cas, on peut faire une opération nouvelle que je vais vous exposer.

Une femme de 22 ans eut, à la suite d'une première grossesse, une grande déchirure perinéale. Un second accouchement vint augmenter les dégâts. Quand je la vis, l'appareil anogénital formait un vaste cloaque. La circonférence postérieure de l'anus était conservée, mais la paroi antérieure du rectum manquait sur plusieurs centimètres. Craignant que des sutures ne fussent irréalisables à cause de l'état septique du rectum, je tâchai de reconstituer d'abord un rectum complet avant de faire la périnéorrhaphie. Pour cela, par une incision demi-circulaire, à concavité postérieure, et partant des bords de la demi-circonférence anale conservée, j'allai décoller la paroi rectule du vagin, très profondément. Je séparai encore plus haut les parties latérales des tissus voisins, et je suturai les deux valves ainsi formées l'une à l'autre par trois plans de sutures : le rectum était reconstitué. Dès lors, je n'avais plus qu'à faire une périnéorrhaphie. La guérison fut parfaite au point de vue fonctionnel. Le périnée est solide, et le plan qu'il constitue se prolonge très haut.

Fractures du crâne par balles de revolver.

(*Suite de la discussion.*)

M. Le Dentu. — La trépanation est-elle utile? Pour être bonne, l'opération doit viser un des trois points suivants : l'extraction du projectile, la désinfection du trajet, l'extraction des esquilles.

Les projectiles ont une marche très capricieuse, ils se réfléchissent souvent sur la paroi opposée à leur point d'entrée, de sorte que les symptômes de localisation sont souvent fort trompeurs.

Dans un cas, j'ai cru pouvoir affirmer qu'une balle avait traversé le cerveau. Le projectile était entré à droite, et le malade présenta des paralysies droites et de l'aphasie. Le blessé mourut d'une pneumonie; le projectile fut trouvé dans la circonvolution du pli courbe, très en arrière, par conséquent. de la zône rolandique.

Je ne suis pas partisan des recherches dans la substance cérébrale; je crois que la désinfection du foyer superficiel est possible, mais on ne peut se flatter de nettoyer le trajet entier parcouru par la balle.

Je ferai la trépanation, et cependant sans conviction quand je soupçonnerai de graves désordres osseux, des hémorrhagies.

M. Terrier. — Les anciens auteu s, M. Després encore actuellement, sont partisans de l'expectation.

Cependant, le chirurgien est souvent autorisé à intervenir. M. Delorme dit que la recherche du projectile est incertaine, dangereuse, inutile. Je ne le crois pas, si on fait cette recherche avec des bougies en gomme à boule olivaire. Je reste partisan de la trépanation parce qu'elle peut réussir.

M. Berger présente un enfant ayant une luxation bilatérale congénitale du radius.

LES LIVRES

Les Affections parasyphilitiques, par A. Fournier, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Un volume in-8°, reliure d'amateur, peau pleine souple, tête dorée, 10 fr. (Chez Rueff et Ce.)

M. le professeur Fournier vient de donner un livre du plus haut intérêt scientifique au public médical. Cette œuvre remarquable ouvre un vaste champ de discussion à tous ceux qu'intéresse l'étude de la syphilis dans ses manifestations les plus diverses.

C'est d'un groupe tout particulier d'accidents que M. le professeur Fournier rend la syphilis responsable, non pas qu'il reconnaisse à ces affections une nature franchement syphilitique, il ait songé à leur donner une place à côté des accidents dits spécifiques de cette maladie, mais, pour lui, leur apparition est subordonnée à l'apparition antérieure de la syphilis; sans elle peut-être même ne se seraient-ils pas produits. Elles sont issues, nées sous l'influence de la syphilis, elles se sont produites de son fait. La dénomination d'accidents parasyphilitiques que leur attribue le professeur Fournier, leur assigne exactement la place à laquelle ils ont droit dans le domaine pathologique de cette redoutable affection.

Leurs caractères distinctifs sont :

1° De pouvoir également se produire en dehors et indépendamment de tout antécédent spécifique, tandis que les affections syphilitiques, proprement dites, ne dérivent jamais que de la syphilis;

2° De n'être pas influencés par le traitement spécifique.

Les affections parasyphilitiques sont divisées par l'auteur en deux groupes, suivant qu'elles dérivent de la syphilis acquise ou de la syphilis héréditaire.

Dans la première partie qui est en même temps la plus importante de cet ouvrage, M. le professeur Fournier étudie, la *neurasthénie*, l'*hystéro-neurasthénie*, l'*hystérie*, le *tabes*, la *paralysie générale*, l'*épilepsie*, certaines *amyotrophies progressives*.

Cette série d'affections doit indiscutablement rentrer dans la classe des accidents parasyphilitiques. Les exemples sont nombreux qui nous forcent à reconnaître en elles les deux grands caractères des accidents parasyphilitiques dont l'auteur nous a donné la formule. Peut-être les recherches ultérieures poussées dans ce sens et guidées par ces premiers travaux permettront-elles d'élargir encore le cadre de ces affections et d'y ranger le *diabète*, l'*hémoglobinurie*, le *tabes oculaire*, le *tabes auriculaire*, certains *érythèmes tertiaires*, certaines *formes de leucoplasie bucale*, etc.

Ce sont les accidents imputables à la syphilis héréditaire que l'auteur étudie dans la seconde partie de son ouvrage.

« L'hérédité syphylitique ne se traduit pas exclusivement par des manifestations d'ordre syphilitique ». Elle crée une dystrophie intime, une débilité de l'organisme prédisposant à des accidents qui ne sont pas syphilitiques à proprement parler mais qui sont cependant une conséquence immédiate de la syphilis. Tels sont la *cachexie foëtale et l'incapacité vitale. Certains troubles dystrophiques* (troubles de développement, malformation, etc.), *l'hydrocéphalie, les méningites, le tabes congénital spasmodique, le tabes hérédosyphilitique, la paralysie générale héréditaire*.

Tel est dans ses grandes lignes et résumé, dans une analyse beaucoup trop succincte, le beau livre que nous devons au professeur Fournier. Il trouvera près du public médical le succès mérité de ses œuvres précédentes. Les hautes facultés d'enseignement qui sont dévolues à son auteur jointes à une autorité scientifique reconnue de tous, en font, avec l'intérêt puissant qui s'attache à cet ordre d'étude, une œuvre dont nous ne saurions trop recommander la lecture. E. E.

Les hernies inguinales de l'enfance, par le Dr G. Félizet, chirurgien de l'hôpital Tenon (Enfants Malades). 1 vol. grand in-8° de 420 pages, avec 78 figures dans le texte, 10 fr. (chez Masson).

M. le Dr Félizet vient d'écrire un livre excellent. Après une étude très soignée de l'anatomie de la région inguinale, l'auteur montre sous l'influence de quelles dispositions se produit la hernie congéniale.

Les hernies, dit-il, se rattachent à deux classes : les *hernies par malformation* et les *hernies par déformation* et dilatation du trajet inguinal.

Ces dernières sont susceptibles de guérir par les moyens palliatifs; les premières ne peuvent disparaître que par l'opération chirurgicale, au même titre que le bec-de-lièvre et les vices de conformation par absence.

La symptomatologie et le diagnostic font l'objet de deux chapitres, dans lesquels l'auteur démontre la possibilité pour le clinicien de poser d'emblée les indications du traitement et de reconnaître quelles sont les hernies justiciables de l'intervention chirurgicale ou de l'application du bandage.

Le manuel opératoire de la cure radicale est traité de main de maître. M. Félizet est rompu aux difficultés de cette intervention délicate. Il a 104 opérations à son actif; voilà bien de quoi faire un bon livre. Et celui-là en est un. P. S.

Traité pratique de Gynécologie, par Steph. Bonnet et Paul Petit. In-16 de 800 p. et 297 fig. 1894. (Chez J.-B. Baillière).

Le nouveau traité de gynécologie de MM. Stéphane Bonnet et Paul Petit est une œuvre bien française, précise et claire. Désireux surtout de répondre aux besoins de la pratique, les auteurs se sont efforcés de mettre à jour, à ce point de vue, tous les sujets qu'ils avaient à traiter, sans s'attarder aux détails de l'historique, des théories et de la bibliographie. Ils ont divisé leur travail en deux parties complètement distinctes, et cette division nous semble très heureuse. La première, comprenant toute la pathologie génitale et les indications thérapeutiques, pourrait, à la rigueur, former un traité complet, en raison de la part attribuée au traitement médical et aux indications chirurgicales. La seconde est consacrée à la technique opératoire, depuis les injections vaginales et la dilatation utérine, jusqu'aux grandes opérations intra-péritonéales.

Un grand nombre de figures, à deux et trois couleurs, ont permis, tout en les rendant plus intelligibles, d'abréger la description des procédés. Nous mentionnerons aussi, dans la première partie, des figures histologiques originales, notamment celles qui ont trait aux lésions de l'endométrum, de l'ovaire et de la trompe.

En résumé, à part quelques imperfections de détail, ce livre suppose un consciencieux travail et une grande expérience des choses de la gynécologie : il sera consulté avec profit, non seulement par ceux qu'intéresse spécialement ce genre d'études, mais aussi par tous les praticiens. Si, pour certaines questions, encore pendantes, de pathologie ou d'opportunité opératoire, les auteurs n'ont pas toujours voulu conclure, c'est qu'une conclusion eût été peut-être prématurée, et qu'ils faisaient œuvre pratique et non critique. On doit leur savoir gré de la façon originale et personnelle, en même temps que très clinique, dont ils ont compris les grands chapitres, tels que ceux des déplacements, de l'inflammation, des tumeurs.

La Coxalgie tuberculeuse et son traitement, par le docteur V. Ménard, chirurgien de l'Hôpital maritime de Berck-sur-Mer, avec 20 figures en photogravure dans le texte. 1 volume. (Chez Rueff et Ce).

M. V. Ménard, qui est chirurgien de l'hôpital de Berck-sur-Mer, connait parfaitement cette terrible maladie. Son livre est celui d'un homme qui a vu. Aussi présente-t-il un caractère pratique qui assurera son succès. A. R.

Chirurgie du Rein et de l'Uretère, par le docteur Félix Legueu, chef de clinique des maladies des voies urinaires à l'Hôpital Necker. 1 volume. (Chez Rueff et Ce).

Très technique. C'est surtout l'exposé des idées et des doctrines de M. Guyon, le grand spécialiste français. A. R.

La Blennorrhagie chez la Femme, par le docteur Verchère, chirurgien de Saint-Lazare. 2 volumes. (Chez Rueff et Ce).

Très bonne étude et très complète. Le Dr Verchère est bien placé pour écrire l'histoire de la blennorrhagie chez la femme. Il a très bien observé et très bien décrit. P. S.

Etudes sur les Maladies nerveuses, par le docteur Paul Blocq, chef des travaux d'anatomie pathologique à la clinique des maladies du système nerveux de la Faculté, lauréat de la Faculté, de l'Académie de Médecine et de l'Institut.

1 volume in-8o, reliure d'amateur, peau pleine souple, tête aluminium, 8 fr. (Chez Rueff et Ce).

M. Blocq a réuni en volume des études qui ont paru isolément et dont plusieurs avaient été très remarquées. Parmi celles-ci, je citerai: la neurasthénie, l'influenza et la grippe sur des maladies nerveuses, le somnambulisme, le traitement de l'hystérie, etc. A. R.

Encore dans la **Bibliothèque médicale Charcot-Debove**. (Chez Rueff et Ce).

Volumes in-16. Reliure d'amateur, tête dorée, 3 fr. 50 le volume.

1o *Etat mental des Hystériques : Les Accidents mentaux*, par le docteur Pierre Janet, ancien élève de l'Ecole Normale supérieure, professeur agrégé de philosophie au Collège Rollin, docteur ès-lettres, docteur en médecine; avec figures dans le texte. 1 volume.

5o *Traitement des Affections de la peau*, par le docteur Paul de Molènes, ancien interne des hôpitaux. Les formules ont été revues par le docteur A. Berlioz. 2 volumes.

6o *Manuel de Thérapeutique gynécologique* publié sous la direction de M. le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux.

Cet ouvrage, conçu d'après un plan essentiellement nouveau, se compose de sept volumes format in-16 carré, reliure d'amateur, peau pleine souple, tranches dorées, qui peuvent être vendus séparément, formant par chacun d'eux un manuel complet relativement aux spécialités qu'il traite.

Ces volumes sont répartis comme suit :

Tome I. — *Médications thérapeutiques*, par le docteur A. Auvard, 6 fr. 50.

Tome II. — *Thérapeutique générale et Hygiène*, par le docteur E. Caubet, 4 fr. 50.

Tome III. — *Médications locales*, avec 35 figures dans le texte, par le docteur de Kervilly, 4 fr. 50.

Tome IV. — *Opérations*, avec 112 figures dans le texte, par le docteur Berlin, 7 fr. 50.

Tome V. — *Electricité*, avec 20 figures dans le texte, par le docteur Touvenaint, 4 fr. 50.

Tome VI. — *Massage*, avec figures dans le texte, par le docteur d'Hotman de Villiers, 4 fr. 50.

Tome VII. — *Hydrothérapie et Eaux minérales*, par le docteur Ozenne, 4 fr. 50.

Les sept volumes réunis en un élégant carton, 33 fr.

Traitement de la Tuberculose par la Créosote, par le docteur Burlureaux, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce. Ouvrage couronné par l'Institut (Prix Bréant). (Chez Rueff et Ce).

1 volume, reliure d'amateur, peau pleine souple, tête dorée, 10 fr.

Formulaire moderne, Traitements, Ordonnances, Médicaments nouveaux, par le docteur R. Vaucaire, préface de M. Talamon, médecin des hôpitaux de Paris. (Chez Rueff et Ce).

2e édition, revue, corrigée et augmentée, 1 fort volume in-18, de 700 pages, toile pleine, 4 fr.

L'onanisme chez la femme, par le Dr Pouillet, 1 vol. in-18 jésus, 3 fr. 50 (Chez Battaille et Cie).

Intéressante étude philosophique et médicale, s'adressant à la fois au moraliste et au médecin. C'est la sixième édition de cet ouvrage; on n'en saurait faire de meilleur éloge.

Petit manuel d'anesthésie chirurgicale, par le Dr Terrier et le Dr Péraire, 1 vol. in-12 avec 37 gravures dans le texte, élégant cartonnage anglais, 3 fr. (chez Alcan).

MM. Terrier et Péraire passent en revue les différents procédés d'anesthésie, soit *locale*, soit *générale*. Ils exposent les tentatives faites par les chirurgiens pour obtenir un résultat satisfaisant par l'usage des agents anesthésiques, décrivent minutieusement le mode d'emploi de ces agents et examinent leurs avantages et leurs dangers. Enfin ils insistent sur les moyens employés pour éviter les accidents dûs aux anesthésiques et pour remédier à ceux-ci, le cas échéant.

Ce petit livre, très pratique, très concis et très méthodique, est désormais le guide indispensable de tout chirurgien. Nous ne saurions trop en recommander la lecture. S'il est en effet des accidents qu'on ne saurait imputer ni à l'ignorance ni à l'imprudence du médecin, il en est d'autres, au contraire, qui tiennent à ce que celui-ci n'est pas suffisamment rompu aux difficultés de l'anesthésie. P. S.

Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgicale, par MM. Paul le Gendre et A. Broca (chez Steinheil).

Un très bon ouvrage et tout à fait pratique. La *Gazette Médicale*, grâce à la libéralité des auteurs, a pu, tout récemment, publier dans ses colonnes deux articles détachés de ce beau et utile traité avant qu'il ait été livré au public médical. Nos lecteurs ont pu voir dans quel esprit il a été rédigé. Apprendre simplement aux praticiens et aux élèves comment il faut traiter les maladies des enfants, leur montrer la méthode qu'il importe de choisir, suivant telle ou telle indication clinique, au milieu du chaos de bibliographie thérapeutique où les jeunes risquent de se perdre, voilà ce qu'ont voulu faire et ce qu'ont fait MM. Le Gendre et Broca. L'un et l'autre se sont voués depuis plusieurs années à l'étude des maladies de l'enfance. Il suffit de lire leur traité pour s'en convaincre. Il est de tous points excellent. P. S.

La femme et l'enfant, par le Docteur Pineau de Foussais (chez Cailloux, éditeur à La Rochelle).

Ce livre qui s'adresse bien plus aux gens du monde qu'au corps médical, est écrit dans un sens pratique et peut rendre de réels services à ceux qui le liront.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 5 AU 10 MARS 1894

A. — Examens

Lundi 5. — *Physiologie* : MM. Laudouzy, Déjerine, Sebileau. — *Pathologie externe* : MM. Terrier, Ricard, Varnier. — *Pathologie interne* : MM. Hayem, Fournier, Marie. — *Censeur et suppléant* : MM. Baillon, Chauffard.

Mardi 6. — *Pathologie externe* MM. Guyon, Nélaton, Maygrier. — *Pathologie interne* : MM. Dieulafoy, Marfau, Ballet. — *Censeur et suppléant* : MM. Rémy, Heim. — *Clinique chirurgicale* (Charité, 1re série) : MM. Le Dentu, Schwartz, Albarrau. — *Clinique chirurgicale* (Charité, 2e série) : MM. Panas, Quénu, Brun. — *Clinique médicale* (Charité) : MM. Laboulbène, Chantemesse, Letulle. — *Censeur et suppléant* : MM. Cornil, Ménétrier.

Mercredi 7 — *Médecine opératoire* : MM. Ricard, Lejars, Sebileau. — *Clinique obstétricale* (clinique Baudelocque) : MM. Picard, Ribemont, Dessaignes, Varnier. — *Suppléant* : M. Fournier.

Jeudi 8. — *Médecine opératoire* : MM. Guyon, Nélaton, Albarran. — *Physiologie* : MM. Mathias-Duval, Rémy, Netter — *Pathologie externe* : MM. Panas, Schwartz, Bar. — *Censeur et suppléant* : MM. Dieulafoy, Roger.

Vendredi 9. — *Pathologie interne* : MM. Potain, Chauffard, Gaucher. — *Clinique chirurgicale* (Charité) : MM. Tillaux, Lejars, Jalaguier. — *Clinique médicale* (Charité), 1re série) : MM. Hayem, Brissaud, Marie. — *Clinique médicale* (Charité, 2e série) : MM. Straus, Landouzy, Netter. — *Censeur et suppléant* : MM. Terrier. Déjerine. — *Clinique obstétricale* (clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Varnier. — *Suppléant* : M. Jalaguier.

Samedi 10. — *Clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu, 1re série) : MM. Duplay, Schwartz, Brun. — *Clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu, 2e série) : MM. Le

Dentu, Quénu, Albarran. — *Clinique médicale* (Hôtel-Dieu) : MM. Cornil, Dieulafoy, Letulle. — *Censeur et suppléant* : MM. Panas, Gilbert. — *Clinique obstétricale* (clinique d'accouchement, rue d'Assas) : MM. Tarnier, Maygrier, Bar. — *Suppléant* : M. Jouffroy.

B. — Thèses

Mercredi 7. — *M. Souesme* : Voie d'accès de la fosse ptérygo maxillaire dans le traitement de la névralgie de la deuxième branche du nerf trijumeau. MM. Tillaux, Chauffard, Jalaguier, Delbet.

M. Tucker : De l'éclairage des cavités de la face. — MM. Tillaux, Chauffard, Jalaguier, Delbet.

M. Morat : Recherches bactériologiques sur l'étiologie des conjonctivites aiguës et sur l'asepsie dans la chirurgie oculaire. — MM. Tillaux, Chauffard, Jalaguier, Delbet.

Censeur et suppléant : MM. Pouchet, André.

Jeudi 8. — *M. Couvreur* : Etude de la saignée dans l'asystolie. — MM. Brouardel, Tarnier, Maygrier, Ménétrier.

M. Clairfond : Considérations cliniques sur la bosse séro-sanguine dans la présentation du sommet. — MM. Tarnier, Brouardel, Maygrier, Ménétrier.

M. Bailliot : Du détatouage ; différents procédés de destruction du tatouage. MM. Laboulbène, Duplay, Brun, Chantemesse.

M. Pépin : De la contagiosité de l'amygdalite aiguë. — MM. Laboulbène, Duplay, Brun, Chantemesse.

M. Cruard : De l'emploi du protective de Leste dans le traitement des surfaces bourgeonnantes de niveau. — MM. Duplay, Laboulbène, Brun, Chantemesse.

M. Duffau : Remarques sur la grippe épidémique ou influenza en 1889-90-91-92. — MM. Debove, Joffroy, Marfau, Ballet.

M. Duhamel : Contribution à l'étude du faux goître exophtalmique. — MM. Debove, Joffroy, Marfau, Ballet.

M. Baraton : Contribution à l'étude des crises gastriques dans la nephoptore. — MM. Debove, Joffroy, Marfau, Ballet.

Censeur et suppléant : MM. Dieulafoy, Roger.

Samedi 1er. — *M. Topart* : Etude historique sur le traitement de la diphtérie. — MM Laboulbène, Debove, Déjerine Chantemesse.

M. Vidal : Contribution au pronostic des lésions chroniques de l'endocarde chez les enfants. — MM. Laboulbene, Debove, Déjerine, Chantemesse.

M. Pottas : Myélites syphilitiques : MM. Debove, Laboulbène, Dejerine, Chantemesse.

M. Letang : Note sur un nouveau procédé d'anesthésie locale. — Applications thérapeutiques de la méthode et détermination de l'équivalent mécanique de la sensibilité.

Censeur et suppléant : MM. Mathias Duval, Rémy.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Faculté de Médecine.

COURS ET CONFÉRENCES DU SEMESTRE D'ÉTÉ

Cours de Médecine légale. — M. le professeur Brouardel commencera le cours de Médecine légale le *lundi 5 mars 1894* à 4 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours d'hygiène. — M. le professeur Proust commencera le cours d'hygiène le mardi 6 mars 1894 à 4 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Cours de pathologie interne. — M. le professeur Debove commencera le cours de pathologie interne le *mardi 6 mars 1894* à 3 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Cours de pharmacologie. — *Démonstrations pratiques de pharmacographie et de pharmacognosie.* — M. le professeur Gabriel Pouchet reprendra la série des démonstrations pratiques de pharmacographie et de pharmacognosie, au laboratoire de pharmacologie, le *jeudi 8 mars*, à 5 heures, et la continuera les jeudis suivants à la même heure. — *Objet du cours* : Drogues et médicaments d'origine végétale.

Conférences de thérapeutique. — M. Gilbert, agrégé, commencera ces conférences le *mardi 6 mars 1894*, à 6 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — *Sujet des conférences* : Régimes alimentaires ; Médicaments ; Art de formuler.

Anatomie. — M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques, commencera son cours le *vendredi 2 mars 1894* à une heure (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera tous les jours à la même heure.

Cours d'histoire naturelle médicale. — M. le professeur Baillon commencera le cours d'histoire naturelle médicale le *mercredi 7 mars 1894* à 11 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Cours de pathologie et thérapeutique générales. — Professeur : M. Bouchard. — M. Chauffard, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales le *mardi 6 mars 1894* à 5 heures de l'après-midi, (petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Objet du cours : Déterminations organiques et séméiologie pathogénique des maladies infectieuses.

Conférences d'histologie. — M. Retterer, agrégé, commencera les conférences d'histologie le *lundi 5 mars 1894* à 5 heures (grand amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours complémentaire de pathologie chirurgicale. — M. Tuffier, agrégé, chargé de cours, commencera le cours complémentaire de pathologie chirurgicale le *lundi 5 mars 1894*, à 3 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Conférences de pharmacologie. — M. André, agrégé, commencera ces conférences le *mardi 6 mars 1894* à 5 heures (amphithéâtre Laënnec), et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Conférences de pathologie interne. — M. Roger, agrégé, commencera ces conférences le *mercredi 7 mars 1894*, à 4 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Conférences de chimie médicale. — M. Villejean, agrégé, commencera ces conférences le *mercredi 7 mars 1894* à une heure de l'après-midi (grand amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Conférences de physiologie. — M. Gley, agrégé, commencera ces conférences le *jeudi 8 mars 1894*, à 4 heures (amphithéâtre de l'école pratique), et les continuera les samedis, mardi et jeudis suivants, à la même heure.

Conférences sur les maladies de la peau. — M. Gaucher, agrégé, commencera ces conférences le *mercredi 7 mars 1894*, à 3 heures, à la Faculté de Médecine (petit amphithéâtre), et les continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure, dans le même amphithéâtre, et tous les dimanches à 10 heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques.

Les leçons du dimanche matin, à l'hôpital Saint-Louis, seront des démonstrations cliniques et pratiques, relatives aux sujets traités théoriquement dans les leçons des mercredis et des vendredis à la Faculté.

Conférences d'anatomie pathologique. — M. Letulle, agrégé, commencera les conférences d'anatomie pathologique le *lundi 5 mars 1894*, à 2 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure, au Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Conférences de pathologie externe. — M. Delbet, agrégé, commencera ces conférences le *mardi 6 mars 1894*, à 4 heures (petit amphithéâtre de la Faculte), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Démonstrations pratiques de physiologie, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux pratiques de physiologie. — Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le *lundi 5 mars 1894*, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux de physiologie. Elles auront lieu dans la salle des démonstrations de l'Ecole pratique, les lundis et vendredis à 4 heures

Les élèves de 2e et 3e années (doctorat et officiat) sont obligés d'assister à ces démonstrations. Ils seront divisés par séries, et recevront une lettre de convocation spéciale.

Hôpital Saint-Louis.

COURS DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

M. le docteur G. Thibierge fera pendant les mois de mars et avril 1894, dans le service de M. le docteur E. Besnier, un cours complet de pathologie et de thérapeutique dermatologiques.

Les mardis, jeudis et samedis à 3 heures, leçon théorique avec présentation de malades à la salle des conférences du musée. (La première leçon aura lieu le lundi 3 mars).

Le mardi à 9 heures, opérations dermatologiques (traitement du lupus, des acnés, électrolyse, etc.) au laboratoire Alibert.

Le mercredi à 9 heures, traitement des affections du cuir chevelu, au laboratoire Alibert.

Le vendredi à 9 heures, consultation externe, salle de consultations, 38, rue Bichat.

Le samedi à 9 heures 1/2, leçon clinique sur les malades du service (salle Alibert et Devergie).

Concours de l'internat.

Ont été nommés :

Internes titulaires :

1. Gosset, Vanverts, Proust, Battigne, Lenoir, Grenet, Pasteau, Monbouyran, Baron.

10. Faitout, Pissavy, Lardennois, Jacobson, Lorrain, Mortagne, Villière, Guinard, Rabbé, Labbé.

65e ANNÉE. 9e SÉRIE. TOME I — N° 10 — 10 MARS 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL COCHIN — M. LE DOCTEUR JUHEL-RÉNOY

Les indications cliniques des bains froids dans les Pyrexies aiguës.

Depuis plusieurs semaines, vous m'avez vu prescrire à un certain nombre de nos malades les bains froids, et cela dans les conditions les plus diverses en apparence, j'entends par là que c'était tantôt à des pneumoniques, tantôt à des typhiques — car ce sont les seules pyrexies aiguës que nous ayons eu à traiter — que cette prescription s'appliquait.

Dissemblables en tant que nature, ces affections avaient des liens d'affinité grossière, une fièvre vive et continue brûlait les malades, et les uns ou les autres présentaient l'état typhoïde bien connu de vous tous. Telles étaient les indications cliniques qu'à première vue on pouvait constater. Il s'en faut de beaucoup que ce soient les seules, et quoique le sujet soit trop vaste pour être parcouru en une seule conférence, je me propose aujourd'hui de l'examiner en partie, puisqu'aussi bien c'est un désir qui m'a été manifesté par nombre d'entre vous.

La question peut être ramenée à des termes fort simples. Quant et comment convient-il d'administrer les bains froids dans les pyrexies aiguës ? — car il reste entendu que c'est à ce seul groupe de maladies que j'entends limiter aujourd'hui cette étude.

Avant d'entrer dans le corps du débat, il n'est peut-être pas oiseux de dire à ceux d'entre vous qui l'ignorent, quelques mots de la pathogénie des symptômes dits typhoïdes et qui, ainsi que je vous le disais, constituent l'indication majeure à l'emploi de l'eau froide.

L'ensemble symptomatique qui crée l'état typhoïde reconnaît, comme causes efficientes, une multiplicité de troubles, dont la plupart nous sont inconnus, dans leur essence intime, mais que nous savons reconnaître par leurs résultats. C'est ainsi que l'accumulation et la rétention dans l'organisme des substances toxiques créent à coup sûr cet état. D'où viennent ces substances? Tantôt elles ne sont rien autre chose que les *excreta*, pourrait-on dire, des organismes inférieurs qui font la maladie; ce sont les toxines avec leurs virulences si dissemblables, qu'elles proviennent du bacille d'Eberth, du pneumocoque de Talamon Frænkel, du streptocoque de l'érysipèle, ou des organismes encore inconnus, des fièvres éruptives, du rhumatisme, etc. Tantôt, et pour ma part je n'hésite pas à réserver à ces derniers le rôle le plus considérable, ce sont les produits de la désintégration organique, les résultats de cette mort cellulaire partielle qui verse dans l'économie et renouvelle trop souvent des doses énormes de poison, c'est ce qu'on nomme les auto-intoxications, par opposition aux intoxications proprement dites.

Pour les intoxications, vous savez qu'elles varient en intensité et, par conséquent en gravité, pour des motifs nombreux, qui ne sont pas, comme jadis on a été trop tenté de le croire, en rapport seulement avec la virulence propre au germe morbide, non plus qu'avec la quantité, ou la porte d'entrée, mais surtout avec la résistance si mobile, si variable de chaque individu, avec le terrain, pour parler le langage actuel. C'est l'individu qui fait sa maladie, plus que le microbe incriminé, et il faut savoir résolument l'avouer, aucune explication satisfaisante ne peut être donnée, pour expliquer pourquoi et comment tel individu va faire, dans des conditions identiques *en apparence*, une scarlatine maligne, une pneumonie foudroyante, un érysipèle malin, une fièvre typhoïde à type rapidement mortel.

Sans doute, nous savons que les infections, en s'associant, augmentent le facteur de gravité; que, par exemple, lorsque le streptocoque s'associe au bacille de Œfler, la diphtérie devient plus grave. Mais dans combien de cas n'assistons-nous pas, ignorants encore, à des associations soupçonnées, mais que rien ne vient démontrer!

Quoiqu'il en soit, retenez ce fait, c'est que les poisons sécrétés par les microbes, jouent un *certain rôle*, dans le syndrome que nous étudions et qu'un des mieux démon-

très est celui qui assigne à ces toxines, une action certaine dans la pathogénie de la fièvre, qui est, je vous le rappelle en passant, un des éléments de ce complexus morbide. En dehors de cette action. ne négligez pas l'action *locale*, que les microbes et leurs produits de sécrétion exercent sur les divers parenchymes (reins, poumons, cœur, foie, cerveau) et vous aurez une vue d'ensemble des intoxications. Pour les auto-intoxications, la question est encore plus complexe, quoique les recherches de ces dernières années aient élucidé quelques points. Vous savez en quoi consiste l'auto-intoxication. S'opérant dans les profondeurs de l'organisme, dans le mystère de la vie cellulaire, elle nous apparaît comme le résultat des luttes soutenues par l'individu malade. Certains ont voulu réduire à de simples opérations chimiques ce problème; on peut affirmer que ce n'est qu'une bien petite partie de la question. Sans doute, nous apprécions par des moyens détournés, l'augmentation des produits toxiques, nous constatons leur rétention, nous savons que lorsque l'organisme s'en débarrasse vite et bien, l'état typhoïde s'efface; mais, est ce là tout? Je me refuse à le croire. La vie est partout et ne saurait se réduire à ces actes simples, d'hydratation, d'oxydation; il y a plus, et les recherches sur la phagocytose, le polydynamisme des microbes nous donnent à penser que la lutte de l'organisme lors de la maladie ne saurait être réduite à la constatation d'un microbe donné ou d'une formule chimique. Il n'en est pas moins vrai, que de cette lutte, de ces échanges, résulte un état nouveau, qu'on constate la présence de poisons en excès, la difficulté par l'organisme à s'en débarrasser, et que l'auto-intoxication joue son rôle dans la constitution de l'état typhoïde, trop souvent créé dans les pyrexies aiguës. Un de mes élèves, H. Faure Miller (1) a résumé assez heureusement dans une vue d'ensemble cet état. « Un agent pathogène est entré dans notre organisme, dit-il. Selon que les germes ont pénétré par telle ou telle voie, selon leur quantité, leur qualité, leurs associations, selon aussi la résistance du sujet auquel ils s'attaquent, ils seront plus ou moins virulents.

L'axe cérébro-spinal réagira le premier à l'action des toxines; par ses centres caloriques, par ses attributs vasomoteurs, il tiendra la fièvre sous sa dépendance; par son action sur les glandes, sur les sécrétions il jouera un rôle important dans l'élimination des poisons. La lutte des cellules contre les microbes va s'engager : il se produira des poisons chimiques (auto-intoxications) qui ne seront plus assez solubles pour être éliminés. Que l'infection fasse un pas de plus, le rein va se fermer, les poisons retenus dans l'organisme, vont faire apparaître tous les grands symptômes des états typhoïdes, leur destruction par le foie ou leur élimination par la peau ou les poumons n'étant point suffisante. »

Cela étant, le médecin doit calmer la fièvre, mais surtout ouvrir le rein, pour faciliter l'élimination des poisons. Or, l'eau froide, est le moyen le plus puissant dont nous disposons; c'est lui qui entraîne le plus vite, avec le plus d'intensité ces poisons au dehors. Voilà l'indication pathogénique fondamentale.

Le bain froid est, en effet, un diurétique puissant. C'est lui qui donne ces polyuries hâtives et intenses qui atteignent cinq, six et sept litres dans les vingt-quatre heures, accompagnées de ces décharges d'urée énormes, — j'ai vu le mois dernier, chez une malade de la ville, le chiffre énorme de quatre-vingt douze grammes par jour — et plus encore, de ces décharges uro-toxiques que les travaux lyonnais de Vinay, Roque, Weil, pour la fièvre typhoïde, de Roger et Gaume pour la pneumonie, ont mis en lumière.

Le bain abaisse la température, et permet ainsi cette lutte contre la fièvre, dont l'importance en Allemagne a été exagérée, mais ne saurait être négligée. Enfin, sous son influence, la pression sanguine augmente, l'énergie cardiaque se relève, les mouvements respiratoires deviennent plus profonds, l'élimination de l'acide carbonique plus abondante, le pouls diminue de fréquence. Quant au système nerveux, c'est une des prérogatives les mieux assurées, que la régulation dont le bain froid est coutumier vis à vis de lui.

Cette action multiple est l'expression de la vérité, et c'est dans la multiplicité de ces actions qu'il faut trouver le motif réel à l'énergie du bain froid. C'est une médication qui agit sur toute la substance, et qui convient par conséquent à merveille à ces maladies infectieuses, *totius substantiæ*, ainsi qu'on disait jadis; et, enfin, le pouvoir qu'a le bain froid d'accroître la phagocytose (Expériences de Billings (Johns Hopkins, *Hospital Bulletin*, avril 1893) montrant que chez un typhique, avant le bain, le nombre des globules blancs était de 7,724, après le bain, de 13,170), prouve quel soutien il apporte à l'organisme dans sa lutte contre la maladie.

Je vous ai montré brièvement comment on devait comprendre la pathogénie des états typhoïdes, comment le bain les combattait; il me reste à vous présenter, dans un bref résumé, les indications de cette méthode. Posons d'abord ce fait, que toutes les pyrexies aiguës, toutes les maladies infectieuses peuvent réaliser l'état typhoïde. Or, je ne crains pas d'affirmer que lorsque cet état sera constitué, vous devez baigner de pareils malades, sans vous soucier du genre de leur maladie. Je m'explique. Si un scarlatineux, un rubéoleux, un érysipélateux, un typhoïdique, un rhumatisant, tombe dans l'état typhoïde, *vous devez le baigner*. C'est ce que vous m'avez vu faire pour deux pneumoniques dont je vous ai entretenu (1), aussi bien que pour ces deux fièvres typhoïdes qui ont fait l'objet de notre dernier entretien (2). C'est en me basant sur ces seules indications, que j'ai baigné l'an dernier des centaines d'érysipélateux, de varioleux, chez lesquels l'état typhoïde était constitué. Voilà la première indication. Tout état typhoïde est justiciable du bain froid; et, comme depuis longtemps je vous ai dit que toujours, dans ces états, la langue était sèche, rôtie, j'ai l'habitude de dire, sous forme d'aphorisme : *Langue rôtie, bain froid.*

Si vous vous en teniez à cette simple indication, vous auriez chance de refuser le bénéfice de la médication à toute une catégorie de malades qui n'ont *pas encore* la langue sèche, ou qui ne l'ont pas assez sèche. Vous pousserez donc votre investigation plus loin, et irez demander au rein un

(1) Les bains froids dans les formes typhoïdes des maladies infectieuses. (Th. de Paris 1893.)

(1) Pneumonies. Leurs traitements (In Journal des Praticiens). (3 février 1894.)

(2) Ibid. (12 février 1894.)

supplément d'enquête. Si le rein fonctionne peu, *à fortiori* mal, ou pas du tout, vous baignerez encore vos fébricitants, d'où mon autre aphorisme : *Anurie relative ou totale. Bain froid.*

Si d'autre part dans le cours d'une infection quelconque, vous constatez les signes de l'affaiblissement cardiaque que je vous ai appris à connaître : Accélération avec affaiblissement des deux bruits, même sans arythmie, vous baignerez encore et vous y ajouterez la réfrigération locale suivant le procédé de Winternitz que vous me voyez si communément employer, d'où cette conclusion thérapeuthique : *Parésie cardiaque chez un fébrile. Bain froid.*

Pour les troubles nerveux, délire, convulsions, état comateux voici déjà longtemps que tout le monde s'entend pour dire que rien n'égale l'eau froide ; de même pour les températures très élevées, la majorité des médecins concède que c'est la balnéothérapie qui est la médication de choix ; donc, de ce chef, surgissent encore des indications.

Est-il des contre-indications, direz-vous, à l'emploi de cette méthode chez les individus atteints de maladies infectieuses ? En règle générale, *il n'en est aucune :* Age, sexe, période du mal, tout cela est non pas indifférent, mais, je le répète, ne constitue pas une contre-indication ; il n'est qu'une maladie, la fièvre typhoïde, que lorsqu'elle s'accompagne de péritonite par perforation, ne permet plus l'emploi du bain, à cause de l'immobilité où le malade doit être tenu.

Vous voyez, Messieurs, quelles indications précises vous permettent de dire : ce malade doit être baigné, ce n'est plus la constitution de l'état typhoïde qui seul vous dicte votre conduite, c'est la prédominance d'un symptôme rapidement mortel qui vous fait plonger votre malade dans l'eau. Qu'un malade soit anurique du fait d'une rougeole ou d'une scarlatine (Voir le cas rapporté à la Société Médicale des Hôpitaux, 28 janvier 1894, Juhel Rénoy), l'indication reste la même, faire uriner le malade, le résultat sera identique : la guérison de ce scarlatineux ou de ce rubéoleux.

Est-ce un cœur qui faiblit, comme notre pneumonique, notre typhique, c'est à relever l'énergie du myocarde que vous vous appliquerez et cela chez eux comme chez un érysipélateux, un urémique, un endocarditique.

Je passerais ainsi en revue toutes les complications, toutes les infections. Est-ce donc une panacée que le bain froid bien appliqué ? Non, messieurs. Comme toutes les médications il connait les échecs, témoin ce grand pneumonique alcoolique qui succombait il y a six jours dans nos salles quoique baigné. Le bain froid ne saurait prétendre, en effet, reconstituer des organismes usés et qui s'effondrent de partout. Ce qu'il revendique, c'est d'être l'aide le plus puissant que nous connaissions, pour la lutte contre la maladie ; c'est de mettre en œuvre toutes les forces de l'organisme, depuis la cellule cérébrale jusqu'à la glande sudoripare, et cela suffit à assurer sa merveilleuse action.

Désireux que je suis de me tenir toujours dans la note clinique, je ne vous ai parlé que des pneumoniques et des typhiques traités depuis un mois dans nos salles. Mes auditeurs de l'hôpital d'Aubervilliers ont pu voir l'an dernier les résultats obtenus dans l'érysipèle, la variole, la scarlatine la rougeole, quand l'une quelconque de ces maladies devenait ou était subitement grave. A Paris, Rendu a montré ce que le froid peut faire pour la néphrite, l'ictère grave, à Lyon, enfin, la septicémie puerpérale, le tétanos, les coliques hépatiques ont bénéficié de ce traitement, et vous pouvez être assurés qu'à mesure que les bienfaits du bain froid seront plus connus, ses indications iront se multipliant, je me réserve, d'ailleurs, de vous le démontrer pour la grippe grave, qui depuis quelques jours nous fournit de si nombreux malades.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

M. Albert Robin a bien voulu promettre aux lecteurs de la *Gazette médicale* une série d'articles sur le traitement hydro-minéral des principales maladies médicales. Nous sommes heureux de l'en remercier ; c'est une bonne fortune pour nos lecteurs ; ils apprécieront d'autant mieux cette collaboration de M. Albert Robin qu'ils connaissent tous sa haute compétence et que, d'autre part, il traitera pour eux d'un point de thérapeutique généralement mal connu des médecins et incomplètement exposé dans les livres classiques.

NOTES D'HYDROLOGIE CLINIQUE

Par M. Albert Robin, de l'Académie de médecine.

Traitement hydro-minéral des albuminuries.

I. Tant que l'on a considéré l'albuminurie comme l'expression extérieure d'une lésion irrévocable du rein, on s'est bien gardé de songer à la combattre par une cure hydrominérale quelconque. Mais, aujourd'hui, les choses ont changé d'aspect. L'idée qui subordonnait dans bien des cas la lésion matérielle du rein à une dyscrasie, ou à une altération antécédente de la nutrition, cette idée, dis-je, a fait son chemin. J'ai démontré que certaines albuminuries reconnaissaient comme origine un trouble de la nutrition. On sait aussi qu'il existe des albuminuries d'origine digestive, probablement causées par un vice quelconque dans l'élaboration des aliments. Le surmenage nerveux combiné avec le sédentarisme et l'alimentation azotée surabondante engendre une albuminurie presque toujours précédée de phosphaturie. Enfin, beaucoup d'individus éliminent en excès de l'acide urique qui irrite le rein au passage et provoque une albuminurie plus ou moins accentuée.

Toutes ces albuminuries, si elles se prolongent plus que de raison, par suite de la persistance de la cause qui leur donne naissance, peuvent aboutir à une lésion rénale qui ne relève plus des eaux minérales, mais bien des seules ressources de la diététique et de la pharmacothérapie.

Or, c'est précisément contre cette dernière étape de la maladie que le traitement hydro-minéral aura dans certains cas une action prophylactique, en modifiant les causes diverses qui engendrent l'albuminurie.

Mais l'on conçoit que la diversité même de ces causes, implique pour chacune d'elles, un traitement hydriatique particulier.

II. Si j'en juge par mon expérience personnelle, la station de Saint-Nectaire occupe un des premiers rangs dans le traitement des *albuminuries qui dépendent d'une viciation de la nutrition générale ou d'un surmenage du système nerveux.*

La cure doit être assez prolongée, parce que la dose d'eau minérale doit être mesurée avec une grande discrétion, et la balnéation n'y doit prendre qu'une place tout à fait accessoire. La source chaude du Mont-Cornadore et la grande source Rouge ou la source de la Coquille données, l'une le matin, l'autre le soir, feront la base de la médication.

Bain court de vingt minutes avec repos chaque troisième jour. Comme boisson, le matin 100 grammes de la source du Mont-Comadore, le soir 200 grammes de la source du Parc ou de la source André, en deux fois. Après la première semaine, remplacer la source du Parc par la grande source Rouge ou telle autre autre source plus ferrugineuse de Saint-Nectaire-le-Bas, si le malade est anémique et s'il n'a pas de phénomènes d'excitation.

III. La cure de Saint-Nectaire n'est pas indiquée quand il existe manifestement une *lésion rénale*, ou quand les malades sont *artério-scléreux, congestifs, irritables*.

IV. Les cures de Brides conviendront aux *albuminuriques phosphaturiques* et aux autres albuminuries fonctionnelles, quand le foie est torpide, insuffisant, ou quand il existe de la constipation.

V. Les *albuminuries fonctionnelles, chez des sujets très névropathes ou trop excitables* seront plutôt justiciables des cures purement balnéaires, dans des stations sédatives, comme Néris, Plombières, Schlangenbad, Ragatz, Ripoldsau, Badenweiller.

VI. Chateauneuf, puis Saint-Moritz, enfin Saint-Myon et Rouzat, quand ces derniers posséderont des établissements bien installés, semblent pouvoir devenir des succédanés de Saint-Nectaire.

VII. Carlsbad est indiqué chez les *albuminuriques uricémiques avec gros foie, dyspepsie par insuffisance stomacale avec hypochlorydrie et constipation*, pourvu que le cœur et les vaisseaux soient sains. Des malades de cette catégorie ont été heureusement améliorés à La Bourboule et à Chatel-Guyon.

VIII. Quand *l'albuminurie dépend d'un trouble digestif*, il faudra déterminer bien exactement la nature de ce trouble, et si l'albuminurie est minime, traiter d'abord le trouble digestif suivant les règles qui seront établies à propos du traitement hydrologique des dyspepsies, puis envoyer le malade à Saint-Nectaire, quand les fonctions digestives ont retrouvé leur intégrité.

IX. De même, c'est aux eaux conseillées aux uricémiques, que l'on devra envoyer les *albuminuriques par élimination excessive d'acide urique*. On trouvera plus tard les indications nécessaires dans les aphorismes concernant le traitement de la gravelle et de la goutte.

J'ajouterai seulement qu'il existe une petite station, actuellement fort mal installée, mais pleine d'avenir, la station de *Miers*, qui mériterait d'être étudiée au point de vue du traitement de ces albuminuries uricémiques, car elle exerce une action vraiment remarquable sur la formation et l'élimination de l'acide urique.

X. Aux *albuminuriques obèses et constipés*, on conseillera Marienbad ou Brides.

XI. Les eaux chlorurées sodiques fortes de Salins, Salies de Béarn, Biarritz, Rheinfelden, conviendront aux *néphrites chroniques diffuses*, peu avancées dans leur évolution, chez des sujets anémiques, débilités, ayant un coefficient d'oxydation plus ou moins réduit.

XII. Il sera souvent utile de faire suivre cette cure balnéaire d'une cure tonique et reconstituante, à Forges, Spa, Pyrmont, Schwalbach, à la condition que l'anémie domine et que les fonctions digestives soient dans un parfait état d'intégrité.

XIII. En général, se méfier des eaux actives, quelles qu'elles soient, dans les *néphrites conjonctives et scléreuses*, avec polyurie, albuminurie légère, bruit de galop, induration artérielle.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des fractures par le massage.

Par M. Edouard Michon, interne des hôpitaux.

Toutes les fractures ne doivent pas être traitées par la même méthode; l'immobilisation stricte autrefois seule employée voit son domaine actuel restreint par la suture osseuse, l'extension continue, et le massage. C'est de cette dernière méthode, encore difficilement acceptée, dont nous allons nous occuper. Elle est si simple qu'elle peut être appliquée par tous et en tout lieu, et dans les cas où elle est indiquée elle mène à une guérison plus rapide que tout autre traitement. Dans quelles fractures doit-on employer le massage? Quelles sont ses contre-indications? Comment doit-on masser, et quels résultats obtient-on? Voici les différents points que nous allons examiner.

Les indications de ce traitement viennent presque toutes des caractères de la fracture. Dans une lésion osseuse, l'idéal est d'obtenir une réduction et une coaptation parfaite des fragments; c'est là le rôle des appareils inamovibles. Cependant, dans bien des cas, ces appareils deviennent inutiles, la déformation n'existe pas (fracture du péroné par arrachement); illusoires, on ne peut agir sur un fragment trop petit et trop profond (fracture du col anatomique de l'humérus); dangereux, car la contention de certaines fractures nécessite une immobilisation prolongée du membre, parfois en position vicieuse (fracture de l'olécrâne traitée dans l'extension). De là des raideurs articulaires, des adhérences tendineuses, des atrophies musculaires; et ce membre, parfait au point de vue esthétique, fonctionnera moins bien que si, négligeant une déformation légère, on a soigné articulations, tendons et muscles.

Voici donc autant de cas où il faut éviter résolument toute immobilisation par un appareil inamovible, et recourir d'emblée au massage. C'est à lui seul que revient le traitement des fractures sans déplacement, telles que celles de la malléole externe, de l'extrémité inférieure du radius sans déformation, de l'extrémité externe de la clavicule, les fractures isolées du radius et du péroné. L'engrènement des fragments, un os faisant attelle, ou un ligament remplacent avantageusement l'appareil. C'est encore au massage que reviennent les fractures juxta-articulaires, celles du col anatomique de l'humerus, de l'épiphyse inférieure de cet os, celles de l'olécrâne et de la rotule. Cependant, dans ces deux dernières, la suture osseuse, lorsqu'on sera sûr de son installation chirurgicale, donnera une réparation plus

exacte sans empêcher la mobilisation dès la fin de la première ou deuxième semaine.

Dans une autre classe de fractures, la déformation est considérable; si elle persiste, le membre est impotent; avant tout, il faut réduire et maintenir; appareil plâtré, extension continue, reprennent le rôle prépondérant; le massage pourra être pratiqué une fois avant la mise de l'appareil, mais il faudra y renoncer jusqu'au moment où la tendance au déplacement aura disparu; on pourra alors masser de nouveau en ayant soin de remettre l'appareil plâtré entre chaque séance. C'est à cette méthode mixte que l'on pourra avoir recours dans les fractures de jambe, de bras, d'avant-bras, dans certaines fractures du péroné par divulsion avec élargissement de la mortaise tibiale.

Plus rarement le mode de traitement, que nous préconisons, tirera son avantage de l'état général du malade, et ce serait une erreur de vouloir immobiliser à outrance ces fractures du col de l'humérus et du fémur, chez ces vieillards, pour qui tout décubitus prolongé est néfaste.

Quelles sont donc maintenant les contre-indications? Nous venons de voir que la déformation, et surtout une mobilité très grande en était une capitale. Il faut encore renoncer au massage, lorsqu'il existe des phlyctènes trop étendues; les manipulations peuvent amener l'infection des lésions épidermiques; lorsqu'il existe une plaie, car alors l'idéal est, après désinfection, d'appliquer un pansement sous lequel cette fracture compliquée devient fracture fermée. Ne massez pas non plus lorsqu'il y a phlébite, une manœuvre intempestive pouvant ici être cause d'une embolie.

Comment doit-on masser? point n'est besoin de manœuvres bizarres et d'une éducation faite de longue date. Prenons pour exemple une fracture du péroné où la méthode doit être appliquée dans toute sa pureté. Un examen soigneux a fait reconnaître le siège précis du trait de fracture; le membre, enduit d'huile phéniquée ou de vaseline est placé bien d'aplomb sur un coussin résistant; pour la fracture du radius on peut faire appuyer l'avant-bras du malade sur une table; alors le médecin fixant solidement le membre de la main gauche pour éviter toute mobilisation de la fracture commence à faire des pressions très légères avec son pouce graissé, qui va toujours des orteils vers le genou et jamais en sens inverse; le pouce glisse ainsi en suivant la direction des vaisseaux et des tendons, revenant avec persistance sur les points œdémateux, fuyant et contournant au contraire le foyer de fracture et les phlyctènes. Ces pressions deviennent de plus en plus fortes, mais doivent toujours garder ces deux caractères: être toujours absolument indolores et toujours s'exercer de l'extrémité vers la racine du membre. Peu à peu les quatre doigts, puis la paume de la main viendront remplacer le pouce et masser sur une plus large surface. Ces manœuvres doivent toujours commencer au-dessous de la fracture et remonter assez haut sur le membre.

Après ces frictions, en ayant grand soin de maintenir les fragments, on fera faire quelques mouvements aux articulations voisines.

Chaque séance dure en général quinze à vingt minutes. Il est bon de ne pas tomber au-dessous d'un minimum de dix minutes, et inutile de prolonger leur durée beau coup au-delà d'une demi-heure.

Quand doit-on commencer à masser; dans les cas où ce massage doit être employé seul, plus tôt sera le mieux; donc la première séance aura lieu le premier jour; puis massage quotidien pendant la première semaine; et, peu à peu, à mesure que l'amélioration se produira, les manœuvres s'espaceront, continuant jusqu'à ce que la fonction du membre soit rétablie.

A ces pressions, à cette mobilisation on a ajouté la compression élastique, les bains chauds; le plus souvent il suffira d'appliquer sur le membre un pansement ouaté très peu serré.

Dans les fractures, où la pose d'un appareil aura été nécessaire et où le massage ne sera commencé que tardivement, les manœuvres seront moins délicates et moins légères, mais la technique générale reste la même.

Les résultats de cette méthode sont excellents; pendant la phase de réparation osseuse, nous voyons que la formation du cal n'est nullement retardée, parfois même accélérée; l'œdème et l'ecchymose s'atténuent rapidement, la douleur disparaît; mais surtout, on évitera au malade cette longue phase d'impotence fonctionnelle qui suit la levée de l'appareil. On ne verra plus les patients marcher de longs mois avec une canne et conserver une épaule ankylosée. Bien plus, il faut se mettre en garde contre la trop grande hardiesse du blessé, qui, ne souffrant plus et sentant ses muscles dispos, veut se servir de son membre avant consolidation complète. En général, les fractures du péroné, après vingt jours, celle du radius, du col de l'humérus, après un mois, permettront un bon fonctionnement du membre. Une méthode donnant des résultats aussi satisfaisants et d'une application aussi simple, doit être recommandée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies infectieuses.

par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

I. — De la polymyosite aiguë, primitive, infectieuse, par le Dr Joseph Larger. Th. Paris.

Le 8 janvier 1894, Fraenkel faisait à la Société de médecine interne de Berlin une communication sur la myosite infectieuse. Cette maladie avait été appelée par Unverricht dermatomyosite aiguë, en raison des lésions concomitantes de la peau (tuméfaction rouge, exanthèmes).

Fraenkel citait trois observations de cette nouvelle entité morbide où la tuméfaction douloureuse des membres, la sensibilité vive des muscles sous-jacents à une peau érythémateuse, l'état général grave s'étaient terminés par la mort. Dans l'œdème gélatiniforme qui dissociait les muscles, on trouva des streptocoques.

La mort n'est pas toujours fatale. M. Larger, dans sa thèse soutenue il y a deux ans, relate un cas de guérison observé dans le service de M. Rendu. Le microorganisme pathogène n'est pas forcément le streptocoque. Boulloche a isolé le pneumocoque dans les muscles atteints.

Malgré la différence des noms — Larger appelle polymyosite ce que Unverricht avait baptisé du terme de dermatomyosite — la maladie est unique et le diagnostic différentiel sera posé avec les mêmes affections :

1° La trichinose où les muscles de la face, des yeux, de la langue, du diaphragme, se prennent en premier lieu, tandis que le processus débute par les membres dans la polymyosite.

2° La morve où les tumeurs douloureuses des membres se ter

minent par sphacèle, ce qui ne se produit pas dans la polymyosite.

Trichinose et morve sont néanmoins deux maladies ayant de nombreux points de contact symptomatiques avec la polymyosite, et souvent le diagnostic restera quelques jours en suspens.

Plus facile sera la distinction de la polymyosite et du rhumatisme musculaire, de la fièvre typhoïde, de l'ostéomyélite, etc.

II. Histoire de la fièvre typhoïde à Chaumont (Haute-Marne), par le Dr Q. Decornet. Th. Paris.

En parlant de la fièvre typhoïde, Decornet n'a pas la prétention de communiquer une donnée nouvelle. Il se contente d'écrire un chapitre intéressant d'hygiène publique. Contaminée depuis nombre d'années par la fièvre typhoïde, la ville de Chaumont a été préservée, du jour où les eaux d'alimentation ont été puisées à de nouvelles sources.

Il est de toute justice de rappeler que le Dr Michel (de Chaumont) a, le premier, insisté sur l'origine hydrique de la fièvre typhoïde.

III. Recherches sur l'urémie dans les fièvres, par le Dr Ch. Boullard. Th. Paris.

Dans les maladies infectieuses, l'imminence des accidents urémiques est annoncée, outre l'albuminurie : 1°, par l'œdème; 2°, quand l'œdème fait défaut, par la suppression ou la diminution considérable de l'urine.

Boullard publie des observations où des accidents urémiques se sont montrés au cours de la fièvre typhoïde, dans la convalescence de la scarlatine, pendant l'évolution de la pneumonie, des oreillons, de la fièvre rhumatismale.

Cette urémie est souvent grave, parce qu'elle atteint un individu déjà malade et parce qu'elle passe inaperçue, n'étant pas combattue à temps par des moyens appropriés.

IV. Symptômes et diagnostic différentiel de la tuberculose aiguë à forme typhoïde, par le Dr G. Slusareff. Th., Paris.

Les symptômes et le diagnostic différentiel de la tuberculose aiguë à forme typhoïde sont connus. Slussareff insiste sur la fréquence du pouls qui, dans la tuberculose aiguë, est en rapport avec l'élévation thermique et la rareté des taches rosées lenticulaires qui sont au contraire la règle dans la fièvre typhoïde. L'adynamie est beaucoup moins marquée au début de la tuberculose aiguë; nous avons relaté des observations où les malades, en pareil cas, venaient à bout de 20 et 30 kilomètres de marche (*Gaz. médic.*, 1891, p. 545.); jamais une fièvre typhoïde n'eût permis de telles débauches de fatigue.

V. Essai sur une complication rare de la tuberculose, l'emphysème sous-cutané généralisé, par le Dr A. Colas. Th., Paris.

Voici, par contre, une complication rare de la tuberculose — Colas s'en fait l'historien. — Il s'agit de l'emphysème sous-cutané généralisé. Soixante observations environ ont été publiées de cet accident grave qui s'observe à tous les âges, mais semble avoir pour l'enfance une prédilection assez constante. L'auteur relate une nouvelle observation d'emphysème sous-cutané généralisé recueillie dans le service de M. Moizard.

Une fillette de 9 ans 1/2, entrée à l'hôpital avec le diagnostic de grippe légère et de soupçons de tuberculose, à la suite d'une quinte de toux, se plaint d'une douleur au niveau du cou et enfle de la région cervicale, de la face et, quelques heures plus tard, de la partie supérieure du thorax.

En touchant la petite malade, on sent l'air fuser sous les doigts et on perçoit très nettement de la crépitation. Cette crépitation se sent même aux parties non enflées, comme à l'avant-bras, par exemple, où elle est extrêmement nette. Pas de souffrance, si ce n'est une légère gêne respiratoire. Les jours suivants, l'emphysème gagne la région des reins; la dyspnée s'accentue; les battements de cœur se précipitent. Mort dans un accès de suffocation. A l'autopsie, les deux sommets du poumon sont farcis de granulations tuberculeuses sous-pleurales. Par une pression très légère du parenchyme pulmonaire, on chasse l'air du poumon et on arrive à décoller la plèvre viscérale. A droite, en écartant le péricarde de la racine des bronches, on a trouvé une grosse poche aérienne transparente, très tendue, qui est constituée par la plèvre décollée au niveau de la racine des bronches droites.

VI. Le choléra à la maison départementale de Nanterre, par le Dr Noël. Th. Paris.

L'épidémie de choléra qui a sévi à la maison départementale de Nanterre du 4 avril au 9 avril 1892, doit être attribuée à l'usage de l'eau de Seine non bouillie; l'encombrement a été la cause de dissémination foudroyante de l'épidémie. Tout en reconnaissant que la contamination directe a pu jouer un certain rôle dans la diffusion du choléra, l'auteur, ancien interne à la maison départementale de Nanterre, admet que la contagion a dû, le plus souvent, se produire autrement que par le contact immédiat.

VII. De l'importation du paludisme à l'île de la Réunion, par le Dr J. Moreau.

Le paludisme est-il contagieux? Moreau le pense. L'île de la Réunion a été préservée du paludisme pendant deux cents ans; vers 1850, la maladie y fait sa première apparition : elle paraît avoir été importée dans l'île par des immigrations de travailleurs déjà contaminés. La fièvre intermittente a ensuite atteint toute la population blanche qui n'avait jamais quitté le pays et qui, depuis plusieurs générations, n'avait éprouvé aucun symptôme paludéen.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mars. — Présidence de M. Jules Rochard.

Election d'un membre titulaire.

M. Porak est élu à la majorité de 41 voix sur 78 votants.

Cholédocotomie.

M. Terrier. — Dans mon mémoire sur la cholédocotomie, j'avais réuni dix-huit observations, dont une personnelle. J'ai eu, depuis, l'occasion de pratiquer une fois cette opération et d'assister une autre fois mon collègue, M. Quénu. Mon observation se rapporte à une femme de 35 ans, qui, du mois de juin 1891 jusqu'en décembre 1892, présenta des troubles dyspeptiques avec douleurs dans l'hypochondre droit. En décembre 1892 apparaît l'ictère avec décoloration des matières.

Entrée à l'hôpital quelques mois plus tard, la malade était très amaigrie : le foie était volumineux, la vésicule appréciable à la palpation.

Laparotomie le 9 mai ; je trouve une vésicule ratatinée, adhérente au colon, friable. Elle se déchire pendant le décollement et laisse échapper un calcul mûriforme. Je fais la cholécystectomie, je lie le canal cystique et draine la plaie. Les jours suivants, la bile s'écoula par le drain et les matières restèrent décolorées. Les troubles fonctionnels persistant, ainsi que la fistule biliaire, je fis une laparotomie médiane, le 11 janvier 1894, et j'allai à la recherche d'une bougie conductrice, introduite par la fistule : je trouvai en arrière du duodénum que j'incisai, un gros calcul dans le cholédoque, immédiatement au-dessus de l'ampoule de Vater. J'incisai le cholédoque et le calcul extrait du canal, je fis le cathétérisme rétrograde des voies biliaires. Les résultats furent très bons. Cependant, la suture faite au cholédoque a dû céder, car la malade eût un écoulement temporaire de bile. La guérison au 3 mars s'était parfaitement maintenue.

M. Dujardin-Beaumetz. — J'estime que les succès remportés

par la chirurgie des voies biliaires créent de nouvelles obligations pour la thérapeutique et l'hygiène. En effet, l'existence d'une fistule biliaire, non loin de l'orifice du canal pancréatique, détermine des conditions physiologiques qui nécessitent une hygiène spéciale. J'essaieai à en préciser les règles d'après une observation qui m'est tout à fait personnelle.

La fièvre typhoïde à Paris.

M. Bucquoy. — Depuis trois semaines, sévit à Paris une épidémie de fièvre typhoïde dont la gravité va chaque jour croissant.

La disparition de la fièvre typhoïde, que M. Rochard attribuait à l'assainissement et à la bonne qualité des eaux, n'est donc pas effective.

Cette épidémie sévit dans tous les quartiers. Il importe d'en chercher la cause et d'avertir la population de la nécessité de faire bouillir l'eau d'alimentation.

M. Lancereaux. — A l'Hôtel-Dieu, du 1er janvier au 12 février, il est entré trois malades atteints de fièvre typhoïde. Du 12 février au 1er mars, les entrées pour fièvre typhoïde se sont élevées à 62.

Comme en 1876 et 1882, l'épidémie a débuté brusquement, et il faut, comme pour ces dernières, chercher la cause dans la pollution des eaux employées à l'alimentation.

M. Lereboullet. — Contrairement aux épidémies précédentes, celle-ci a débuté à la fin de l'hiver, mais elle arrive à un moment où les eaux de la Dhuys et de la Vanne contiennent un nombre considérable de microbes — 30,000 par centimètre cube ou lieu de 200. *(Bulletin municipal officiel).*

M. Bergeron propose d'admettre le vœu suivant qui mettrait tout le monde d'accord :

« L'Académie, s'associant aux observations présentées par plusieurs de ses membres et approuvant les conseils qu'ils ont donnés, invite la population à faire bouillir son eau d'alimentation, tant que durera l'épidémie de fièvre typhoïde ».

Adopté à l'unanimité.

Traitement des grands abcès sous-péritoneaux.

M. Bousquet (Clermont-Ferrand), communique deux cas d'abcès sous-péritonéaux très volumineux, au cours de tuberculose vertébrale. Dans les deux cas l'auteur incisa, décolla le péritoine et draina la poche avec succès.

Les briquettes dans les voitures publiques.

M. Proust soumet à l'Académie un vœu tendant à interdire dans les voitures publiques, tout mode de chauffage ayant pour résultat de déverser à l'intérieur de la voiture les produits de la combustion. (Adopté).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 mars.

Courbure des doigts de la main et mouvement d'opposition.

M. F. Regnault. — Les divers anatomistes n'ont pas noté que les doigts de la main humaine étaient courbes, de sorte que les deuxième et troisième doigts sont courbés vers le quatrième et les quatrième et cinquième sont courbés vers le troisième.

Tous les singes, même les anthropomorphes ont les doigts rectilignes.

L'homme, en effet, peut opposer facilement le pouce aux autres doigts.

Le mouvement d'opposition naturel amène le pouce entre le troisième et le quatrième doigts. S'il veut opposer le pouce au quatrième doigt, il lui faut incliner celui-ci vers le bord radial de la main, les deuxième et troisième doigts au contraire, se portant vers le bord cubital.

Chez le singe et chez l'enfant jusque vers deux ans, l'opposition du pouce se borne à placer le pouce sur l'extrémité de l'index surtout sur sa face externe.

Aussi, voyons-nous, chez le singe, les sillons de la main transversaux et non obliques comme chez l'homme.

Isolement du coli-bacille

M. Lignières. — Le thé de foin à 3 0/0 constitue un milieu de culture excellent pour séparer le bacille coli des microbes qui l'accompagnent habituellement. Et cela est dû à la rapidité d'acidification de ce milieu.

Le bacille d'Eberth pousse mal dans le thé de foin ; cependant dans certains cas, il agit comme le bacille Coli et tend à acidifier le milieu.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 22 février 1894. — Présidence de M. Reynier.

Abcès intra musculaire d'origine grippale.

M. Diamantberger. — Le 28 janvier dernier je fus appelé auprès d'un malade atteint de grippe légère, avec angine et laryngite simple, qui guérit du reste au bout de trois ou quatre jours. Une fois rétabli, il fit une seule sortie pour aller à son bureau sans s'exposer plus spécialement à quelque fatigue ou refroidissement. Le soir même il ressentit dans la région du mollet droit une douleur très vive, suivie d'un gonflement considérable qui fit penser le malade à un coup de fouet ou rupture musculaire, ayant été, il y a huit ans, atteint d'un semblable coup de fouet aux deux mollets. A notre arrivée, nous constatons, en effet, que la partie moyenne du mollet droit était le siége d'une augmentation de volume considérable, avec dureté manifeste des tissus, sans modification de coloration de la peau. La partie tuméfiée ne modifie pas la forme arrondie de cette région, elle est un peu douloureuse et l'articulation du genou présente un peu d'empâtement au niveau des ligaments latéraux, Je pensai à un épanchement sanguin et prescrivis le repos absolu et des applications d'eau blanche. Pas de température, état général assez bon, ni sucre, ni albumine dans les urines.

Au bout de cinq à six jours, nous voyons la région s'amollir, la température s'élever à 38 et 39o. Bref, au bout de deux autres jours, la région malade dénote nettement la présence d'un foyer purulent et en même temps le malade nous signale, au niveau des muscles pronateurs de l'avant-bras gauche, une petite tuméfaction douloureuse, rouge et franchement fluctuante. Les deux foyers furent ouverts et le malade marche rapidement à la guérison.

L'histoire de ce malade nous a paru fort intéressante à cause de la nature très curieuse des complications que je viens de signaler. Il s'agit, en effet, d'après nous, d'une rupture musculaire, favorisée par la grippe qui a donné naissance à de la myosite chez un sujet prédisposé par le mauvais état habituel de ses muscles. Le sang, une fois épanché, et contenant encore le germe ou un des germes de l'inflammation, a suppuré. La supposition d'une rupture veineuse serait encore admissible, car le malade présente à la jambe atteinte plusieurs dilatations variqueuses. Toujours est-il que la grippe a été ici la cause immédiate ou éloignée des abcès intramusculaires dont nous venons de vous entretenir.

De la flatulence.

M. Bardet. — La flatulence n'est pas définie par les auteurs, et je crois qu'il y aurait intérêt à la définir, à la mesurer, à la doser; c'est, en effet, un des symptômes les plus douloureux qu'on rencontre chez les dyspeptiques, et ces malades en souffrent beaucoup.

Chez les dyspeptiques à forme hyperchlorhydrique, la crise flatulente s'établit généralement de la manière suivante : Quelques jours auparavant un repas a été mal digéré, l'estomac est en état de trouble, puis, brusquement, quelques minutes après l'ingestion d'aliments, on voit survenir une série de symptômes morbides :

Sueur froide à la région du front, céphalée, sensation de compression au niveau de l'épigastre et nécessité d'avoir à se débarrasser des gaz, ce qui est assez souvent fort difficile. La quantité de gaz rendue par les malades entre une digestion et une autre est énorme, elle peut atteindre jusqu'à 300, 500 litres. (Chaque éructation peut, en effet, mesurée au spéromètre de Dupont, atteindre jusqu'à 1,200 cq. de gaz.)

Le gaz ne se produit pas d'une façon régulière; il n'y a pas, en effet, nécessité de le rejeter à intervalles réguliers. Il faut donc supposer qu'il ne prend naissance qu'au moment de l'éructation. D'autre part, il ne provient certainement pas d'une fermentation, car il n'est pas de fermentation qui puisse produire une aussi grande quantité de gaz.

Ce gaz est formé en grande partie par de l'acide carbonique mélangé à un peu d'azote venu de l'air atmosphérique. En effet, au moment de l'éructation, une certaine quantité d'air pénètre dans l'œsophage de façon à en écarter les parois et à permettre au gaz contenu dans l'estomac de s'échapper. Quant à l'origine de ce gaz acide carbonique, je crois qu'il vient des vaisseaux sanguins de l'estomac. Par suite de la dilatation de l'organe, il se produit un relâchement de la tunique musculaire qui entoure les vaisseaux, et comme la tension y est plus forte que dans l'intérieur de l'estomac, il y a exhalaison d'acide carbonique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 mars 1894.

Thoracentèse dans le pneumothorax.

M. Galliard. — Un homme de 44 ans, atteint de tuberculose et d'emphysème pulmonaire, présenta brusquement pendant la nuit les signes d'un pneumothorax. En présence de l'aggravation des symptômes, je fis la thoracentèse 53 heures après le début. Il se produisit immédiatement un emphysème sous-cutané qui se généralisa rapidement. La thoracotomie fut alors pratiquée. Cependant, le malade mourut le 9e jour.

Ce fait semble le premier en date, d'un emphysème sous-cutané à la suite de thoracenthèse pour pneumothorax. Il m'a inspiré plusieurs réflexions que je résumerai ainsi :

Dans le traitement d'urgence du pneumothorax simple, la thoracenthèse, parfois inefficace, est susceptible de soulager les malades et même de leur assurer la survie. Elle permet, en effet, de gagner du temps et d'attendre l'établissement de la période de tolérance. Dans quelques cas, rares il est vrai, elle amène la guérison rapide d'un pneumothorax.

Cette opération doit être pratiquée à l'aide d'un fin trocart mis en communication avec l'appareil aspirateur.

Les canules à demeure ne doivent être employées que si l'on est certain d'avoir affaire au pneumothorax à soupape. Pour qu'elles ne fussent pas dangereuses, il faudrait : 1° assurer leur fixation dans le trajet intra-costal ; 2° les munir d'une soupape à fonctionnement régulier ou d'un appareil de filtration irréprochable, conditions qui sont difficiles à réaliser en pratique.

La thoracentèse peut être suivie d'expectoration albumineuse, mais c'est là une complication sans importance. Elle peut également donner lieu à la production d'un emphysème sous-cutané généralysé, auquel cas il faut immédiatement pratiquer la thoracotomie, placer un drain dans la plaie et appliquer un pansement antiseptique.

En dehors de cette circonstance, la thoracotomie d'emblée est à rejeter (car elle serait inévitablement suivie de suppuration pleurale) à moins qu'il n'y ait gangrène.

Ascite tuberculeuse guérie par la ponction abdominale suivie d'injection de naphtol camphré.

M. Rendu relate l'observation d'une jeune fille atteinte de péritonite tuberculeuse à forme ascitique qui guérit à la suite d'une ponction abdominale suivie d'injection de cinq seringues de Pravaz de naphtol camphré.

La seule réaction constatée fut une légère hyperthermie trois jours après. Elle sortit guérie, six semaines après l'intervention.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mars. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

M. Picqué lit un rapport sur deux observations de M. Brault, médecin-major; l'une intitulée hydrocèle péritonéovaginale, cure radicale; l'autre, kyste hydatique profond du foie, ablation de la poche, opération de Landaü.

Deux cas de traumatisme crânien

M. Bousquet (Clermont-Ferrand). — Je demande à la Société la permission de lui faire connaitre deux observations, tirées de ma pratique personnelle, et ayant rapport aux traumatismes du crâne.

Première observation. — Au mois de février 1892, un homme d 40 ans, occupé dans une carrière, reçut sur la partie postérieure de la tête un bloc de pierre de 10 kilos, tombant de 15 mètres d hauteur. Il tomba immédiatement dans le coma, mais trois quarts d'heure après, les phénomènes avaient disparu. Je le vis quatre heures après l'accident. Il ne présentait qu'un peu d'égarement de la physionomie. En arrière et à gauche, à 4 centimètres audessous du lambda, existait une forte plaie contuse, où je trouvai au milieu des caillots de la matière cérébrale, de petites esquilles. La plaie nettoyée antiseptiquement, je reconnus que le crâne, en ce point, était déprimé; deux larges esquilles, se juxtaposant, s'enfonçaient dans le crâne. Je pus les extraire. En les examinant, il est facile de reconnaitre que l'os, à leur niveau, n'est pas recouvert de péricrâne. Le malade a été en quelque sorte scalpé par le bloc de pierre frôlant son crâne.

La guérison fut obtenue en un mois; il n'a présenté, pendant toute la durée du traitement que deux phénomènes passagers : de l'hésitation de la parole le troisième jour; des troubles de la vue le quinzième. Jamais il n'a présenté de troubles moteurs ni sensitifs.

Deuxième observation. — Un enfant de 3 ans reçut sur la tête, en juin 1892, une brique tombée d'une cheminée. Après quelques heures de coma, l'enfant resta paralysé du côté gauche. Ce n'est que deux mois après l'accident, que je fus amené à voir l'enfant. Je trouvai dans la région atteinte une grosse masse animée de battements isochrones à la respiration. Il y avait hernie du cerveau et communication de la périphérie avec le ventricule latéral.

Je fut une ponction qui donna issue à un liquide rougeâtre, je retirai trois esquilles. Le surlendemain, l'enfant remuait son bras gauche. Le 5e jour, il tomba dans le coma et mourut.

Tumeur sanguine du front communiquant avec la circulation intracrânienne.

M. Bousquet. — Je désire montrer à la Société un malade qui présente dans la région gauche du front, une zône animée de battements. Lorsqu'on fait pencher la tête, cette zône gonfle. Audessus du sourcil, il est facile de sentir une perforation indiquant la communication avec les vaisseaux du diploé ou de la cavité crânienne. Cette affection est congénitale. Je me suis opposé à toute intervention et vous demande quel traitement vous me conseillez dans ce cas.

M. Berger. — Il y a une quinzaine d'années, j'ai montré à la Société de Chirurgie un enfant présentant une tumeur veineuse pulsatile du front. J'ai fait construire pour lui une sorte de casque avec ressort. L'enfant a porté cet appareil pendant plusieurs années; la tumeur cessa d'être pulsatile et a un peu diminué de volume.

Fracture du crâne par balles de revolver.

(Suite de la discussion).

M. Delorme. — J'avais, des expériences que j'ai communiquées à la Société, tiré plusieurs conclusions, peu favorables à la recherche des projectiles et à la trépanation.

Mon opinion a été attaquée et vivement critiquée par M. Terrier. Je désire revenir sur ma précédente communication et préciser quelques points nouveaux.

On m'a objecté que je faisais une distinction singulière entre les revolvers du commerce et les revolvers d'ordonnance; mais cette distinction se justifie pleinement. Les revolvers de l'armée ont des projectiles volumineux, lourds, animés de grande vitesse; les balles sont dures, très résistantes. Au contraire, les armes du commerce ont de petits projectiles en plomb mou, la vitesse de projection, comme la charge de poudre, est faible.

J'ai d'ailleurs fait quelques expériences qui vont mieux que les explications vous montrer la distinction à faire.

Sur une plaque de bois blanc de 18 millimètres à 1 pas les balles de revolver du commerce ne pénètrent même pas.

Les balles du revolver d'ordonnance traversent à 7 pas, une épaisseur de 10 centimètres du même bois.

Sur un fémur, à 7 pas avec le revolver du commerce, la balle s'est aplatie; le projectile de guerre a produit un énorme traumatisme et a brisé l'os en un grand nombre de fragments.

On tient à mon avis, trop compte du calibre du projectile: ce sont plutôt le volume, le poids, la longueur de la balle qui importent.

M. Terrier préconise les explorateurs en gomme et fait le procès des instruments métalliques; cependant, dans le cas par lui cité, il a fait une fausse route avec une bougie. Je reproche aux instruments de gomme de se couder et d'augmenter le diamètre du trajet, lorsqu'ils viennent buter sur la faux du cerveau, par exemple.

J'avais estimé à 3 ou 4 centimètres la profondeur des explorations permises, parce que de cette façon j'évitais à coup sûr de pénétrer le sinus latéral.

L'emploi de l'appareil Trouvé, quoiqu'en dise M. Terrier, est inoffensif, car le courant électrique est très faible. En présence des résultats de MM. Delbet et Dagron, je suis décidé à renoncer à son emploi, car, lorsque superficiellement on trouve un corps dur quel qu'il soit, on l'enlève, et profondément, l'intervention est trop hasardeuse.

Faut-il, pour le cerveau, agir comme pour l'abdomen et trépaner du fait seul de la pénétration? Je ne le crois pas et je pense que si ce principe tendait à être admis, il s'en suivrait de graves abus.

La trépanation est inutile pour étudier le trajet, elle ne permet pas une exploration plus complète.

Quant à la nécessité d'aller à la recherche des projectiles, qui peuvent être septiques, que proclame M. Terrier, je ne l'admets pas.

J'ai fait, après Meissner (de Wiesbaden) et d'autres, avec le professeur Laveran des expériences montrant que les balles non tirées sont, suivant les cas, septiques ou non; qu'après le tir, les balles septiques sont toujours septiques; qu'elles le sont même en plus grand nombre, ayant pris des germes dans leur trajet.

Si nous nous reportons aux observations cliniques, nous voyons que les cas où l'exploration est négative forment la majorité et qu'il faut compter par unites ceux où elle a fourni des renseignements utiles. Les cheveux, les esquilles, les débris de coiffure sont plus septiques que la balle, et la désinfection du trajet profond n'est pas plus facile après qu'avant la trépanation.

L'intervention n'est indiquée que pour l'extraction des projectiles et des esquilles superficiels. Je répudie le trépan, qui blesse souvent la dure-mère, et lui préfère la pince-gouge.

M. Terrier. — Les revolvers du commerce sont de tous calibres; leurs projectiles sont de toutes sortes. On ne peut donc établir une classe sur ce chapitre.

Je reste partisan de l'intervention car quelles soient les difficultés il faut chercher à les vaincre. Je renonce aux instruments rigides, même à ceux en gomme. Je voudrais pouvoir utiliser les sondes de caoutchouc. Je préfère l'exploration après trépanation parce que j'estime qu'on a moins à redouter les fausses routes dans ces conditions.

M. Gérard-Marchant. — Au début de cette discussion, mon maître M. Berger m'a fait l'honneur de m'argumenter au sujet de l'observation que j'ai présentée. Il a cite des cas heureux de guérison sans intervention. Ce sont des faits consolants.

Mais j'ai à lui opposer une série de faits malheureux, qui se seraient vraisemblablement bien terminés, si on était intervenu.

En 1877, pendant mon internat, je vis, à la suite de plaie par balle de revolver, se déclarer une monoplégie brachiale avec hémiplégie faciale. Le chirurgien de garde refusa d'intervenir, le malade mourut et je me rendis compte, par une trépanation faite *post mortem*, que la balle était bien logée au point où j'aurais désiré qu'on la cherchât.

En 1881, un malade, s'étant tiré un coup de revolver dans la région occipitale, ne présenta aucun symptôme jusqu'au 4e jour. Il eut alors du coma et mourut.

En 1886, j'accompagnai le prof. Trélat à Apt pour voir un blessé qui avait reçu une balle dans la région frontale. En l'absence de troubles, mon maître ne voulût pas intervenir. Le malade succomba quelques semaines plus tard à la méningo-encéphalite.

Tant que le cerveau est muet, je n'interviens pas, a dit M. Reclus. Attendriez-vous la péritonite pour intervenir dans les plaies de l'abdomen?

Pour ma part, j'interviens dès que je suis à peu près sûr de la pénétration. Je me sers pour mon examen, d'une sonde cannelée, recourbée, et, dès qu'elle est arrêtée, je me décide à intervenir pour enlever les esquilles et faire l'asepsie du foyer. Quant à la balle, je ne la cherche que dans la zone visible.

J'établis un drainage prolongé.

Si je résume mon opinion en quelques mots, je dirai:

Je suis partisan de la trépanation préventive, dans le but d'enlever les esquilles et le projectile s'ils sont superficiels, d'évacuer et de désinfecter le foyer, et de mettre le malade à l'abri des complications.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 12 AU 17 MARS 1894

A. — EXAMENS

Lundi 12. — *Physiologie* : MM. Strauss, Retterer, Sebileau. — *Pathologie externe* (1re série) : MM. Pinard, Lejars, Jalaguier. — *Pathologie externe* (2e série) : MM. Terrier, Ricard, Varnier. — *Pathologie interne* : MM. Fournier, Chauffard, Déjerine. — *Thérapeutique et médecine légale* : MM. Potain, Landouzy, Brissaud. — *Sages-femmes* (1re classe) : MM. Baillon, Farabeuf, Ribemont-Dessaignes. — *Censeur et suppléant* : MM. Hayem, Marie.

Mardi 13. — *Physiologie* : MM. Mathias-Duval, Quénu, Gley. — *Pathologie externe* (1re série) : MM. Guyon, Schwartz, Bar. — *Pathologie externe* (2e série) : MM. Panas, Tarnier, Albarran. — *Pathologie interne* : MM. Dieulafoy, Ballet, Ménétrier. — *Sages-femmes* (1re classe) : MM. Baillon, Maygrier, Villejean. — *Censeur et suppléant* : MM. Rémy, Heim. — *Clinique chirurgicale* (Charité) : MM. Duplay, Le Dentu, Brun.

Clinique médicale (Charité 1re série) : MM. Cornil, Chantemesse, Letulle. — *Clinique médicale* (Charite 2e série) : Laboulbène, Roger, Gilbert. — *Censeur et suppléant* : MM. Marfan, Charrin.

Mercredi 14. — *Médecine opératoire* : MM. Farabeuf, Jalaguier, Tuffier. — *Thérapeutique et médecine légale.* — MM. Landouzy, Pouchet, Gaucher. — *Censeur et suppléant* : MM. Goriel, André. — *Clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu) : MM. Tillaux, Lejars, Delbet. — *Clinique médicale* (Hôtel-Dieu) : MM. Hayem, Chauffard, Marie. — *Censeur et suppléant* : MM. Terrier, Sébileau.

Jeudi 15. — *Médecine opératoire* : MM. Guyon, Duplay, Schwartz, — *Pathologie interne* : MM. Joffroy, Netter, Letulle. — *Thérapeu-*

tique et médecine légale : MM. Pouchet, Ballet, Gilbert — *Censeur et suppléant* : MM. Panas, Gley.

Vendredi 16. — *Dissection* : MM. Farabeuf, Retterer, Poirier. — *Pathologie interne* : MM. Strauss, Landouzy, Netter. — *Censeur et suppléant* : MM. Baillon, André. — *Clinique chirurgicale* (Charité 1re série) : MM. Terrier, Jalaguier, Delbet. — *Clinique chirurgicale* (Charité 2e série) : MM. Ricard, Lejars, Tuffier. — *Clinique obstétricale* (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Varnier. — *Censeurs et suppléant* : MM. Hayem, Brissaud, Pouchet.

Samedi 17. — *Dissection* : MM. Rémy. Quénu, Poirier. — *Physiologie* : MM. Mathias Duval, Villejean, Retterer. — *Censeur et suppléant* : MM. Pouchet, Heim. — *Clinique médicale* (Charité 1re série) : MM. Laboulbène, Chantemesse, Ménétrier. — *Clinique médicale* (Charité 2e série) : MM. Dieulafoy, Ballet, Roger. — *Censeur et suppléant* : MM. Panas, Schwartz. — *Clinique médicale* (Hôtel-Dieu 1re série) : MM. Joffroy, Marfau, Letulle. — *Clinique médicale* (Hôtel-Dieu 2e série) : MM. Cornil, Gilbert, Charrin. — *Censeur et suppléant*: MM. Le Dentu, Nélaton. — *Clinique obstétricale* (clinique de la rue d'Assas) : MM. Tarnier, Maygrier, Bar. — *Suppléant* : M. Brun.

B. — Thèses

Mercredi 14. — *M. Ribel*. — Contribution à l'étude de la maladie de Friedreich : MM. Fournier. Strauss, Déjerine, Netter.

M. Peklé. — Osarthropathie syphilitiques précoces : MM. Fournier, Strauss, Déjerine, Netter.

M. Lefranc. — Les syphilides à cicatrisation chéloïdienne : MM. Fournier, Strauss, Déjerine, Netter.

M. Théry. — Statistique de la mortalité par variole en Angleterre de 1871 à 1892. Bienfaits de la vaccine. Les ligues antivaccinatrices : MM. Strauss, Fournier, Déjerine, Netter.

M Darras — Etude statistique sur les applications du forceps chez les multipares : MM. Pinard, Joffroy, Brissaud, Varnier.

M. Orillard. — Intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine lorsque l'enfant est viable : MM. Pinard, Joffroy, Brissaud, Varnier.

M. Reynaud. — Examen externe du bassin normal, en clinique. obstétricale : MM. Pinard, Joffroy, Brissaud, Varnier.

M. Haas. Contribution à l'étude de l'étiologie générale de la diphtérie : MM. Joffroy, Pinard, Brissaud, Varnier.

Censeur et suppléant : MM. Terrier, Sébileau.

Jeudi 15. — *M. Fiquet*. — Etude sur les intoxications alimentaires d'origine carnée : MM. Cornil, Le Dentu, Chantemesse, Nélaton.

M. Lapeyre — Du traitement des fractures de jambes, sans immobilisation au lit : MM. Le Dentu, Cornil, Chantemesse, Nélaton.

M. Dänger. — De la gastro-entérostomie et des opérations complémentaires destinées à empêcher le reflux de la bile dans l'estomac et l'accumulation des matières dans le cul-de sac duodénal. MM. Le Dentu, Cornil, Chantemesse. Nélaton.

M Poursain. — *Les artérites infectieuses* : MM. Jaccoud, Tarnier, Maygrier, Ménétrier.

M. Grencl. — Etude théorique et critique des principaux moyens employés pour provoquer et accélérer la dilatation du col pendant le travail de l'accouchement : MM. Tarnier, Jaccoud, Maygrier. Ménétrier

M. Colin. De quelques cas d'anesthésie généralisée dans l'hystérie : MM Mathias-Duval, Debove, Rémy, Charrin.

M. Grandferry — De la duboisine, sa physiologie. son emploi en neuropathologie et en psychiatrie : MM. Mathias-Duval, Debove, Rémy, Charrin.

M. Tollemer. — Poly-encéphalites supérieures, ophtalmoplégies nucléaires ou paralysies bulbaires supérieures : MM. Debove, Mathias-Duval, Rémy, Charrin.

M. Thorain. — Essai sur le rapport pathogénique de l'alcoolisme chronique et la tuberculose pulmonaire : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Marfau, Roger.

M. Simon. Etude sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections rectales concentrées d'huile créosotée, iodoformée et salolée MM. Dieulafoy, Laboulbène, Marfau, Roger.

M. Dupasquier. — Contribution à l'étude de la tuberculose rénale : MM. Dieulafoy, Laboulbène, Marfau, Roger.

Censeur et suppléant : MM. Panas, Gley.

Vendredi 16. — *M. Salics*. — De l'iritis dans la pathologie générale : MM. Tillaux, Rémy, Déjerine, Sébileau.

M. Deroudc. — Contribution à l'étude du traitement des pleurésies purulentes : MM. Tillaux, Rémy, Déjerine, Sébileau.

M. Morel. — Contribution à l'étude du traitement des hydarthroses chroniques par la ponction et les injections antiseptiques : MM. Tillaux, Rémy, Déjerine, Sébileau.

M. Hordiviller. — Contribution à l'étude du rhumatisme aigu : MM. Potain, Chauffard, Marie, Gaucher.

M. Morault. — Du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire : MM. Potain, Chauffard, Marie, Gaucher.

M. Charlier. — Le typhus exanthématique au Havre en 1893. Origine américaine de l'épidémie française de 1892-93. — *Censeur suppléant* : MM. Hayem, Brissaud.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Faculté de médecine.

Cours du semestre d'été.

Cours complémentaire d'Accouchement : M. Bar, agrégé, a commencé le cours complémentaire d'accouchement le mercredi 7 mars 1894, à 5 heures (Petit Amphithéâtre) et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Conférences de Physique médicale : M. Weiss, agrégé, a commencé les conférences de physique médicale le jeudi 8 mars 1894, à une heure (Petit Amphithéâtre) et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Concours du bureau central de médecine et de chirurgie.

Le jury du concours définitivement arrêté se compose de : MM. Babinski, de Beurmann, Faisans, Hirtz, Landrieux, Schwartz, Talamon. Dans la première épreuve les candidats ont eu à traiter, par écrit, la question suivante : « Etude clinique et anatomique des lésions broncho-pulmonaires de la fièvre typhoïde ».

Pour la chirurgie, le jury est formé — sauf modification — par MM. Bouilly, Campenon, Reynier, Humbert, Nicaise, Marc Sée, Siredey.

Vacances de Pâques.

Les vacances de Pâques ont été fixées par le Conseil général des Facultés; elles commenceront le 18 mars et finiront le 1er avril.

Nécrologie.

MM. les Docteurs Batinoles (de Carbonne) ; Bègue (de Toulouse) ; Ad. Cazalis, Langlebert, Ollivier (de Paris); Charrin (de Condrieux) ; Reboul (de Gonfaron).

Chemin de fer d'Orléans.

Billets d'aller et retour de famille pour les Stations thermales et hivernales des Pyrénées et du Golfe de Gascogne, Arcachon, Biarritz, Dax, Pau, Salies-de-Béarn. — Des billets d'aller et retour de famille, de 1re et de 2e classe, sont délivrés toute l'année à toutes les stations du réseau d'Orléans, avec faculté d'arrêt à tous les points du parcours désignés par le voyageur, pour les stations hivernales et thermales du réseau du Midi, et notamment pour Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Pau, Saint-Jean-de-Luz, Salies-de-Béarn. etc;

Avec les réductions suivantes, calculées sur les prix du tarif général d'après la distance parcourue. sous réserve que cette distance, aller et retour compris, sera d'au moins 500 kilomètres :

Pour une famille de 2 personnes	....	20 0/0
— 3 —	....	25 0/0
— 4 —	....	30 0/0
— 5 —	....	35 0/0
— 6 — ou plus.	....	40 0/0

Durée de validité : 33 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

65e ANNÉE. 9e SÉRIE. TOME I — No 11 — 17 MARS 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

CLINIQUE DE LA RUE D'ASSAS — M. LE PROFESSEUR TARNIER

Possibilité de pratiquer un accouchement méthodiquement rapide chez les femmes pendant leur agonie ou « post mortem ».

Leçon recueillie et rédigée par le Dr EM. GAGEY.

Je veux vous entretenir, Messieurs, à propos d'une femme, que vous venez de voir, d'une question débattue depuis longtemps. Peut-on et doit-on faire l'accouchement *post mortem* ? Doit-on le provoquer avant la mort, alors que la femme est à l'agonie ?

Sur le premier point (accouchement d'une femme *post mortem*), on a depuis longtemps répondu par l'affirmative, et on pratiquait l'opération césarienne, ce qui permettait d'espérer qu'on aurait un enfant vivant, au moins quelques instants, question importante au point de vue religieux, car il était possible de le baptiser. Mais en lisant les observations, il est extrêmement fréquent de trouver les enfants morts, et, pour mon compte, je n'en ai jamais extrait qu'un seul vivant.

Combien de temps peut vivre un enfant après la mort de sa mère ? On a fait à ce sujet de nombreuses expériences. Chez les animaux, on peut tuer la mère, et, à l'ouverture du ventre, trouver des fœtus vivants plus ou moins longtemps après ; mais peut-être, le fœtus humain est-il plus résistant que les fœtus animaux. Du reste, la durée de la survie du fœtus varie avec les causes de la mort de la mère : Si elle succombe à une longue maladie ; le fœtus, qui a souffert avec elle, meurt souvent avant elle. Mais dans la plupart des morts causées par un accident quelconque, le fœtus ne subit pas toujours le sort de la mère. Prenons deux exemples : une asphyxie due d'une part à l'oxyde de carbone, d'autre part à l'acide carbonique ; nous aurons des différences notables au point de vue de la mort du fœtus par rapport à celle de la mère. Dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, les globules sanguins maternels altérés ne peuvent plus s'emparer de l'oxygène du fœtus, et ce dernier peut survivre quelques instants à sa mère, grâce à la petite provision d'oxygène du sang fœtal. Dans l'asphyxie par l'acide carbonique, au contraire, les globules sanguins maternels cessent non seulement de fournir de l'oxygène au sang fœtal, mais encore s'emparent avidemment de celui qu'ils peuvent y rencontrer. Le fœtus est donc privé très vite de son oxygène, et meurt rapidement. En général, dans toute mort accidentelle de la mère, le fœtus survit quelques instants, grâce à sa petite provision d'oxygène. Ce temps peut varier, suivant les observations, de quelques minutes à quelques heures, cinq, dix minutes suivant les uns, quatre heures, quatre heures et demie suivant d'autres. Cette dernière opinion a été émise par Villeneuve de Marseille ; il est vrai que. guidé par ses sentiments religieux, il a pu ex[illegible]er, dans l'espoir de vulgariser l'opération césarienne p[illegible] *mortem*, pour permettre le baptême de l'enfant. Pour Depaul, le temps de survie du fœtus ne dépasse pas vingt ou trente minutes. En résumé, il n'y a rien de bien précis, et les observations qu'on a pu recueillir à ce sujet ne peuvent servir de base à une conclusion générale. Je vais cependant vous rapporter quelques faits qui peuvent éclairer la question.

A Troyes une femme, enceinte de huit mois, tombe du deuxième étage. La mort est instantanée. On court chercher le Dr Viardin père, à un kilomètre de là. Il arrive aussitôt, ausculte le cœur fœtal, en perçoit les battements et pratique immédiatement l'opération césarienne ; il put extraire un enfant vivant. On n'a pas noté scrupuleusement le temps écoulé ; mais l'auteur de cette observation estime qu'il s'est passé au moins trente minutes entre la mort de la mère et l'extraction du fœtus.

Voici une seconde observation plus exacte au point de vue du temps écoulé. Une femme, enceinte de huit mois, est prise en écharpe par un train au moment où elle traverse la voie ; elle est tuée net. Il était six heures du soir.

Un médecin appelé fait l'opération césarienne à huit heures du soir et extrait un enfant vivant. Voilà donc une observation authentique où il s'est écoulé deux heures entre la mort de la mère et l'extraction de l'enfant vivant.

La seule fois, où j'aie pu extraire par l'opération césarienne *post mortem* un enfant vivant, il y a eu aussi un assez long intervalle entre la mort de la mère et l'extraction de l'enfant. C'était pendant la Commune ; j'étais à la Maternité, quand, dans une ronde de nuit, la surveillante trouve une femme morte dans son lit, sans que les voisines aient entendu une plainte. Ce qu'il y avait de certain, c'est que la femme vivait encore à la ronde précédente, une heure avant; mais on ne pouvait fixer le moment exact de la mort. Cette femme avait été tuée par une balle qui lui était entrée dans la joue gauche et avait perforé la base du crâne, (les fédérés avaient l'habitude de tirer des coups de fusil sur les fenêtres éclairées, et il est probable que la lumière dont s'était servie la surveillante pour faire ses rondes avait attiré leur attention). Nous montons dans la salle, et je me décide à faire l'opération césarienne *post mortem*. Mais il faut chercher les instruments ; ce sont des allées et venues avec des lumières, et aussitôt les balles de pleuvoir sur nous. Je fais immédiatement transporter le cadavre dans une salle sans fenêtres, recevant le jour par en haut ; et je peux extraire un enfant vivant. Il ne vécut que quinze jours ; mais il ne mourut que parce que nous ne pouvions nous procurer du lait. On ne peut dire exactement combien de temps s'est écoulé entre la mort de la mère et la fin de l'opération. Ce dont je suis sûr, c'est qu'avec tous les incidents cette opération a duré au minimum vingt minutes, après la constatation du décès, et peut-être plus d'une heure après la mort de la mère.

L'opération césarienne *post mortem* est donc bien légitime ; mais il y a des surprises dramatiques. Une femme enceinte meurt, ou du moins on le croit ; on fait l'opération césarienne, et, sous le couteau, la femme sort de léthargie. Je vous citerai deux observations de ce genre, recueillies, à des dates différentes, par des médecins différents dans deux localités différentes, où la femme s'est réveillée au milieu de l'opération. Dans la première, c'est au moment du premier point de suture que la femme pousse un cri ; le médecin, pris de peur, s'enfuit en laissant l'opération inachevée. Dans la seconde, c'est au moment où l'accoucheur tire le fœtus par une jambe que la femme crie, et, comme dans le premier cas, le médecin prend la fuite.

Dans tous les cas d'opération césarienne *post mortem*, il faut donc s'enquérir avec soin si la mort est réelle et il ne faut en négliger aucun des signes. Mais, quand on est dans l'incertitude, on perd un temps précieux. Pourrait-on alors extraire les enfants par la voie génitale ? Schenk est probablement le premier accoucheur qui proposa ce moyen, en 1665. Sa communication provoqua quelque intérêt, mais fut bien vite oubliée, et nous arrivons jusqu'en 1745, sans qu'on trouve relaté un essai d'accouchement par la voie génitale chez une femme *post mortem*. A cette époque, un médecin militaire, Rigaudeaux, de Douai, est appelé dans un village voisin pour voir une femme enceinte qui avait des convulsions. A son arrivée, on lui dit que la femme était morte. Il l'examine avec soin, s'assure minutieusement qu'il n'y a plus aucun signe de vie. A ce moment, on n'auscultait pas encore ; il ne put donc rechercher si l'enfant était mort ou vivant. Mais, en pratiquant le toucher, il trouva une dilatation presque complète ; alors l'idée lui vint de faire l'accouchement, et il parvint à extraire un enfant de belle apparence, mais inanimé. On le frictionne vigoureusement avec de l'eau-de-vie ; on l'entoure de linges chauds ; on ne disposait alors que de ces moyens peu efficaces. On ne pratiquait pas l'insufflation ; on ignorait le procédé de la langue. Voyant tous ses soins inutiles, Rigaudeaux s'en fut prendre quelque repos. Mais quel ne fut pas son étonnement, quand on vint lui dire beaucoup plus tard que l'enfant avait fait un petit mouvement de lèvres. Il accourut et put le ranimer. Puis, quelques heures après, on le prévint que la femme, qu'il avait cru morte, était ressuscitée.

L'observation de Rigaudeaux excita une vive attention ; mais on n'en avait tiré aucune règle recommandant l'accouchement forcé chez les femmes à l'agonie ou *post mortem*, quand une grave accusation, dont Rizzoli, de Bologne, fut victime, détermina cet auteur à étudier la question. En effet, Rizzoli avait fait une opération césarienne chez une femme morte et retiré un enfant mort. D'autres médecins, parmi lesquels se trouvait un ennemi de Rizzoli, appelés pour donner leur opinion sur la mort de cette femme, laissent dire que c'est lui qui l'a tuée en faisant l'opération. L'autopsie, réclamée par l'accoucheur, démontra au contraire qu'elle avait succombé à une rupture d'anévrysme. Mais ce résultat n'avait pas été obtenu sans que Rizzoli eût à supporter de grands ennuis ; et, s'il sortit triomphant de l'épreuve, il n'en perdit pas le souvenir. Il étudia la question et fit sur ce sujet un mémoire où il recommanda l'accouchement forcé *post mortem*.

Moi-même, quand j'étais interne à la Pitié, j'eus à me défendre à propos d'une opération césarienne. Un jour, que j'étais de garde, une femme meurt de méningite. Cette femme était enceinte, et le chef de service avait recommandé de faire l'opération césarienne *post mortem*. On vint donc me prévenir quand elle fut à l'agonie. Pendant que je l'examine, elle rend le dernier soupir. Je recherche avec soin tous les signes de la mort, par l'auscultation, en plaçant une glace devant la bouche, etc. ; et, après un examen minutieux, je me décide à pratiquer l'opération césarienne. Je retire un enfant mort. Mais l'administration de l'Assistance publique fut prévenue et s'émut de ce qu'un interne eût fait une opération césarienne *post mortem*. Une enquête sévère démontra que j'avais exécuté les recommandations du chef de service, et, qu'avant d'intervenir, j'avais pris toutes les précautions nécessaires pour m'assurer que la femme était réellement morte.

L'opération césarienne *post mortem* peut donc causer beaucoup d'ennuis aux opérateurs. Aussi Rizzoli, dans son mémoire à ce sujet, concluait formellement à l'accouchement par la voie génitale. Et ce qui donna un appui considérable à sa manière de voir, c'est que dans l'accouchement par la voie génitale, les femmes ressuscitent quelquefois comme dans l'opération césarienne ; mais avec combien moins de dommages ! Alors, ne faudrait-il pas toujours accoucher les femmes à l'agonie, *ante mortem*, par la voie génitale, puisqu'on a ainsi beaucoup de chances d'extraire un enfant vivant et que quelquefois on peut sauver la vie de la mère ? Pellegrini fit avec succès deux accouchements

de ce genre. En 1858, Esterlé publia un mémoire très intéressant sur ce sujet. Puis les observations se multiplient, je vous en citerai quelques-unes qui me sont personnelles.

Une femme enceinte, cardiaque, asphyxie. On la fait accoucher prématurément; elle tombe en agonie et j'essaie alors de l'accoucher; elle meurt pendant l'accouchement; mais je pus extraire un enfant vivant.

Une femme de 45 ans, mariée une première fois pendant quinze ans sans avoir d'enfants, se remarie et devient immédiatement enceinte. Elle avait des fibrômes utérins; pendant sa grossesse, elle a de l'albuminurie et sur la fin présente des symptômes d'urémie, entre autres de l'œdème pulmonaire. Au moment du travail, cette femme est prise d'accidents dyspnéiques très graves. La dilatation était incomplète. La femme entrait en agonie; elle pouvait mourir d'un instant à l'autre. Le mari me donne pleins pouvoirs pour essayer de sauver l'enfant; mais la mère étouffait tellement qu'il fallut l'asseoir sur le bord de son lit, dans une position presque verticale; j'agrandis la dilatation; je pus glisser le forceps, saisir la tête et extraire avec beaucoup de peine, à cause de la résistance de l'orifice utérin, un enfant mort ou en état de mort apparente. La mère fut soulagée immédiatement après l'accouchement, puis après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, succomba en trois jours. Quant à l'enfant, il fut vite ranimé il vécut, il vit même encore, doué d'une santé florissante.

Ici, à la Clinique, j'ai vu une femme phtisique au troisième degré, à l'agonie. Je pratiquai la dilatation d'abord avec un doigt, puis avec mon écarteur. En vingt minutes la dilatation était complète, et, avec une application de forceps, nous eûmes un enfant vivant.

M. Thévenot, dans un très intéressant mémoire (1), a réuni quinze observations d'accouchement par la voie génitale chez les femmes à l'agonie; si vous y ajoutez les trois cas personnels, que je viens de résumer, et le dernier, à l'occasion duquel je vous entretiens de cette question, ces observations sont au nombre de 19. Dans ces 19 observations, on trouve 17 enfants vivants (neuf, il est vrai, sont morts consécutivement). Pour mon compte, j'ai pratiqué quatre fois l'accouchement par la voie génitale chez les femmes à l'agonie, et j'ai eu quatre enfants vivants. Ces résultats nous imposent donc de pratiquer l'accouchement chez les femmes à l'agonie par la voie génitale et de ne pas attendre la mort de la mère pour faire l'opération césarienne. Il faut toutefois que l'agonie soit réelle, et c'est là un diagnostic qu'il est souvent difficile d'établir avec certitude.

Cela dit, qu'elles sont les précautions à prendre pour conserver toutes les chances de succès? La première chose à faire est de bien fixer le globe utérin; car vous allez exercer une pression de bas en haut pour dilater le col, et, sans cette précaution, le vagin s'allongera et vous risquerez, en continuant vos efforts, de le déchirer. Pour dilater le col, vous procéderez patiemment en introduisant d'abord un doigt, puis deux, puis trois, etc. Il faut environ un quart d'heure, une demi-heure pour obtenir la dilatation complète. Vous ne pourriez agir ainsi chez une femme bien portante sans occasionner de graves dommages; mais dans l'agonie, il y a un relâchement des fibres musculaires du col utérin comme de tous les sphincters. Dans certains cas, la résistance du col ne permettra pas aux doigts de pénétrer. Hyernaux se sert alors d'une longue pince à pansement, dont il écarte les mors; on peut utiliser aussi mon dilatateur, qui est plus facile à manier que les pinces. Enfin Heymann a proposé, dans le cas où ces moyens échoueraient, de faire des incisions sur le col. Ces incisions ont été pratiquées plusieurs fois par le docteur Rosario Vitanza qui a obtenu de très beaux résulats, en pratiquant l'accouchement forcé, avec ou sans incisions (1).

Voilà la dilatation obtenue, comment va-t-on extraire l'enfant? par le forceps ou par la version? Dans mes trois cas, j'ai appliqué le forceps; mais, en somme, il est plus favorable de faire, si possible, la version; car l'application de forceps est fort difficile, parce que les parties fœtates sont élevées. L'accouchement est, d'ailleurs, plus ou moins facile, suivant que le col est plus ou moins long ou dilaté. Dans les dix-neuf cas, que je vous ai signalés il y a quelques instants, souvent la dilatation était déjà commencée et même parfois fort avancée, quand on s'est décidé à faire l'accouchement, ou du moins le col était court. Dans plusieurs des observations du Dr Rosario Vitanza, le col avait, au contraire, toute sa longueur; il en était de même chez la femme que nous avons vue ensemble tout-à-l'heure.

En voici, d'ailleurs, l'observation. C'est une femme de 29 ans, secondipare. Elle a eu deux attaques de rhumatisme. Le cœur était atteint; mais il n'y avait pas d'œdème des jambes, pas de troubles respiratoires. Elle entre à la clinique, ne présentant que des varices à la partie gauche de la vulve. A la cuisse gauche, les veines variqueuses sont très dures; il y a là une véritable thrombose. A peine entrée, elle éprouve de la gêne respiratoire, mais si peu accusée qu'elle ne s'en plaignit pas. Elle rend quelques crachats sanguinolents, sans les signaler. Le 14 février, à deux heures de l'après-midi, elle est prise de dyspnée intense. Elle est suffocante; la face et les lèvres sont bleuâtres. Ventouses sèches, caféine, éther. Le chef de clinique, M. Demelin, prévenu, fait une saignée à chaque bras et ne peut retirer que 300 grammes de sang; les veines sont cependant volumineuses; mais les troubles circulatoires sont si intenses que la saignée ne peut être plus abondante. A l'auscultation, il y a des râles fins de congestion pulmonaire des deux côtés. La cornée est vitreuse. L'auscultation du cœur fœtal donne 90 pulsations par minute. Au toucher, on diagnostique une présentation du sommel en O I G. Le col a toute sa longueur, qui est évaluée à quatre centimètres et demi; et c'est là un fait qui a rendu les manœuvres très difficiles, ainsi qu'on l'avait prévu. Néanmoins, mon chef de clinique, M. Demelin, se met en devoir de pratiquer l'accouchement forcé. Il introduit la main droite dans le vagin, puis un doigt dans le col, puis deux, trois, etc. Au bout de vingt à vingt-cinq minutes, les doigts arrivaient dans la cavité utérine, mais impossible d'introduire la main toute entière. M. Demelin, qui arrivait sur la tête, la repoussa dans la fosse iliaque gauche; en même temps, avec la main gauche, placée sur l'abdomen, il fit basculer l'enfant par version bipolaire. Il put alors saisir un pied, le gauche, et bientôt le siège fran-

(1) *Annales de gynécologie.* 1878.

(1) *Riforma medica.* 1892.

chit l'orifice. Les bras se relèvent, sont dégagés ; mais la tête ne sort pas. Les tractions avec la manœuvre de Mauriceau sont inutiles ; la tête était retenue par le col ; enfin, avec une application de forceps, tête dernière, on put extraire l'enfant en état de mort apparente. Il fut vite ranimé. Mais, à peine accouchée, la femme moribonde dit : « Je vais mieux ». La respiration, en effet, n'était plus gênée par l'œuf. Le soir, nouvel accès de dyspnée : éther et caféine. Le lendemain, la femme est bleuâtre ; son œil est vitreux : douze ventouses scarifiées, caféine, éther. Depuis, cette femme a eu des hauts et des bas ; mais son état est relativement satisfaisant. Au moment de l'accouchement, il y avait des râles fins de congestion pulmonaire; aujourd'hui, ces râles sont devenus plus gros, presque sibilants. Il y a donc une amélioration réelle de ce côté. Quant au cœur, au moment des crises dyspnéiques, on n'entendait rien que des battements forts et très fréquents. Aujourd'hui, on perçoit un bruit de souffle au premier temps, se propageant vers la base et dont le maximum est un peu au-dessus de la pointe. Cette femme est maintenant en pleine convalescence.

Alors même que le col n'est pas dilaté chez une femme à l'agonie, il faut donc faire l'accouchement forcé; mais cette dénomination ayant été adoptée, en obstétrique, pour un mode d'accouchement fort discrédité, il vaut mieux l'appeler *accouchement méthodiquement rapide*.

J'ai plaisir à terminer cette leçon en adressant mes félicitations à M. Demelin. Grâce à son intervention, la mère et l'enfant vivent. Cet accouchement était rendu particulièrement difficile par la longueur du col, et tout le mérite en revient à M. Demelin, auquel il fait honneur.

TRAVAUX ORIGINAUX

Etudes cliniques sur la nutrition dans la tuberculose pulmonaire chronique.

Par M. Albert Robin, de l'Académie de médecine.

PREMIÈRE PARTIE

LES POLYURIES ET LES OLIGURIES

I

Depuis la découverte du bacille de Koch, l'histoire de la phthisie pulmonaire a paru totalement transformée et l'on pense volontiers qu'il reste peu de chose à faire pour compléter la connaissance de cette maladie.

Cependant, l'on n'a oublié qu'une chose, c'est de rechercher comment s'accomplissait la nutrition dans une affection où les troubles nutritifs prennent une place souvent si prépondérante. Les propriétés du bacille et l'anatomie pathologique des lésions qu'il provoque ont absorbé d'une façon presque exclusive l'attention des chercheurs. Et sous l'empire des idées organiciennes qui dominent encore la médecine de notre époque, on a négligé l'acte le plus important, l'*acte vital*, c'est-à-dire les procédés réactionnels de la *vie* organique à l'encontre de l'agression bacillaire. On a fait la bactériologie et l'anatomie pathologique de la phthisie pulmonaire, mais on ne s'est pas préoccupé des atteintes portées au vitalisme des tuberculeux.

Je n'ai pas la prétention de remplir cette lacune, mais, comme j'ai remarqué, depuis bien des années, certains troubles de la nutrition dans la tuberculose chronique du poumon, je crois utile de publier sommairement mes premières recherches, ne fût-ce que pour attirer l'attention de ceux qui estiment qu'entre la connaissance du bacille et les résidus de sa lutte contre la cellule vivante, il y a place pour une étude qui n'est pas sans portée et dont le diagnostic comme la thérapeutique peuvent tirer un certain profit.

L'étude actuelle a trait aux indications tirées des variations de la quantité des urines. Elle forme la première partie d'une série où les divers troubles de la nutrition seront successivement passés en revue. Je ne donne ici que les conclusions de mon travail qui paraîtra *in extenso* dans les *Archives générales de Médecine*.

II

1° En général, la quantité de l'urine est légèrement augmentée dans les premières périodes de la phthisie pulmonaire ; elle est normale dans la seconde, et le plus souvent diminuée dans la troisième période.

2° A chacune de ces périodes, il est un certain nombre de malades qui s'écartent de la règle et émettent une quantité d'urine supérieure à la normale. Vingt fois sur cent, il s'agit d'une polyurie plus ou moins accentuée.

3° La polyurie du premier stade de la phthisie pulmonaire est liée à la phosphaturie, ou prend les caractères de la polyurie dite simple, c'est à dire sans élimination particulièrement exagérée d'un des constituants normaux de l'urine.

4° La polyurie azoturique vraie, c'est à dire liée à une dénutrition azotée exagérée et non compensée par une alimentation équivalente, paraît être d'une extrême rareté.

5° Les polyuries des périodes plus avancées relèvent ordinairement de la néphrite mixte, de la néphrite tuberculeuse ou de la dégénérescence amyloïde des reins.

6° Les polyuries phosphaturiques et les polyuries dites essentielles peuvent, à la longue, préparer le terrain de la tuberculose et se terminer par la phthisie pulmonaire.

7° Mais il existe une véritable polyurie prétuberculeuse, quelquefois phosphaturique, le plus souvent simple, qui peut atteindre des chiffres considérables et provoquer des accès de congestion rénale. Elle se distingue de la précédente, par la rapide survenance de la phthisie et paraît être la *première manifestation fonctionnelle* de la réaction vitale à l'encontre du bacille et de ses produits de sécrétion.

8° Il paraît permis d'en rapprocher les polyuries dites simples de la première période de la phthisie, et de considérer ces dernières comme relevant d'une fonction morbide de même ordre.

10° A côté des polyuries permanentes, il convient de placer les *polyuries transitoires* qui sont assez irrégulières et surviennent par crise, et se rapprochent, au point de vue de leurs conditions, de celles signalées dans les deux paragraphes précédents.

11° Aussi paraît-il légitime d'individualiser ces trois derniers groupes sous le nom de *polyuries réactionnelles* que l'on classera ensuite en *permanentes et transitoires*, en *prétuberculeuses et en paratuberculeuses*, suivant leur durée et le moment de leur apparition.

12° Tandis que les polyuries phosphaturiques et rénales constituent de vraies complications, accroissant d'autant la gravité de la maladie primitive, les polyuries réactionnelles comportent un pronostic relativement plus favorable;

13° L'oligurie des phthisiques dépend souvent de conditions accidentelles, comme la diarrhée, les vomissements, les sueurs, l'abondance de l'expectoration, etc.;

14° La fièvre, les complications inflammatoires, la pneumonie, la méningite, la généralisation de la tuberculose, les hémoptysies, sont des causes habituelles d'oligurie.

15° Quand la quantité d'urine s'abaisse, sans être compensée par une augmentation proportionnelle de la densité, le pronostic s'aggrave.

16° Si l'abaissement de la densité est compensé par une augmentation parallèle de la quantité d'urine, sans que cette augmentation de quantité tienne à une cause rénale ou phosphaturique, et sans que la densité descende cependant à des chiffres trop abaissés, le pronostic s'améliore.

17° L'anurie totale est exceptionnelle. Je n'en connais qu'un seul cas dont la cause réelle demeura inconnue.

18° Les polyuries phosphaturiques et rénales relèvent du traitement de leur cause et ne reconnaissent aucune thérapeutique personnelle. Les polyuries dites simples et les polyuries prétuberculeuses ne doivent être traitées que lorsqu'elles atteignent des proportions assez considérables pour déminéraliser l'organisme ou provoquer des accès de congestion rénale par excès du fonctionnement du rein. — Les médicaments qui paraissent avoir la meilleure influence sont l'antipyrine et l'ergotine associée à l'acide gallique.

19° Les oliguries réclament presque toutes l'emploi du régime lacté. Il est parfois utile d'employer les lavements d'hydrogène sulfuré qui paraissent, dans ce cas, exercer sur la fonction urinaire une action accélératrice.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des abcès froids.

Ce traitement doit varier suivant les cas. (Il ne s'agit ici que des abcès froids *proprement dits* par opposition aux abcès *symptomatiques* d'une lésion osseuse, articulaire, etc.)

Un abcès froid de petit volume, encore incomplètement ramolli et bien nettement circonscrit, sera traité comme toute néoplasie présentant les mêmes caractères, c'est-à dire qu'après avoir pris toutes les précautions antiseptiques ordinaires pour les mains, les instruments et le champ opératoire, on découvrira la tumeur par une large incision dépassant notablement ses limites. Il importe autant que la chose est possible de ne pas ouvrir l'abcès; il faut donc décoller la peau avec le plus grand soin et en sacrifier, au besoin, un lambeau si, par endroit, elle est trop adhérente au néoplasme, Puis, on énuclée la masse tuberculeuse, en se tenant toujours en dehors d'elle et en supprimant, sans aucune parcimonie, sauf indications spéciales, tous les tissus qui paraissent ne pas être absolument sains.

Le tuberculôme enlevé totalement et en un seul bloc, on cherche, par des sutures soignées et un pansement aseptique, à obtenir une réunion de la plaie par première intention.

L'anesthésie chloroformique facilite beaucoup l'opération toujours douloureuse et souvent assez délicate; elle n'est contre indiquée que par un état avancé des lésions pulmonaires. Toutefois, on sait que le chloroforme est souvent mal supporté par les tuberculeux, même à la première période de l'évolution tuberculeuse.

Un abcès petit et ramolli, sans être fistulisé sera, avec avantage, vidé par l'aspiration et, au moyen de l'aiguille qui a servi à faire la ponction, on injecte dans sa cavité une quantité variable d'éther iodoformé. (L'éther iodoformé contient de cinq à dix grammes d'iodoforme pour cent grammes d'éther sulfurique). De suite, la poche de l'abcès se distend et, parfois, il peut survenir rapidement, soit de la gangrène de la peau, soit un emphysème envahissant les régions voisines. Ces deux accidents peuvent être prévenus par la simple précaution de laisser échapper par l'aiguille restée en place la plus grande partie des vapeurs d'éther et même une certaine quantité d'éther non volatilisé. Mais quand ces complications se produisent d'une façon imprévue, il faut, dans le cas de sphacèle de la peau, appliquer un pansement antiseptique et attendre, sous des pansements successifs, la guérison de la plaie ainsi formée; dans le cas d'emphysème, ponctionner à nouveau l'abcès au point le plus saillant, avec un assez gros trocart et cherche à favoriser l'issue des gaz par des pressions ménagées sur les tissus soulevés. Si ce moyen restait insuffisant, on aurait recours aux mouchetures. Au thorax et à la base du cou, l'emphysème parfois très rapide dans son apparition et son extension, effraie beaucoup les malades, bien qu'il ne présente pas une réelle gravité.

Si les injections d'éther iodoformé, plusieurs fois répétées, ne donnent point un résultat satisfaisant, il est alors préférable d'ouvrir largement l'abcès, d'enlever à la curette la totalité de sa paroi, de toucher au thermo-cautère les tissus douteux qu'on ne peut enlever, de laver au chlorure de zinc (à 1 pour 10) et de drainer la cavité qui résulte de cette intervention. On place ensuite un pansement compressif, car l'hémorrhagie consécutive est parfois notable, et dans les heures qui suivent l'opération, il se produit un suintement séro-sanguinolent d'une grande abondance.

Tel est aussi le traitement des abcès fistulisés, ou sur le point de le devenir, et des abcès volumineux dont les limites sont difficilement appréciables. Ces abcès peuvent communiquer avec les cavités voisines, caverne pleurale ou pulmonaire méconnue, par exemple. On voit le danger qu'il y aurait, en pareilles circonstances, à injecter dans leur cavité de l'éther iodoformé en grande quantité, ou des liquides fortement antiseptiques destinés à en modifier la paroi. Il est donc nécessaire, après avoir fait le diagnostic d'abcès froid, d'en rechercher les complications possibles, qui modifieront, dans une certaine mesure, le traitement à proposer.

Enfin, surtout dans l'hypothèse d'abcès volumineux, on prendra en considération l'état général du sujet. Une intervention complète, faite alors que les autres lésions tuberculeuses ne sont point trop avancées, donne souvent une amélioration notable dans les symptômes généraux. Dans le cas contraire, on est particulièrement exposé à ces aggravations rapides, si fréquemment signalées, et qu'il est impossible de prévoir ou de prévenir.

Le traitement général de la tuberculose ne sera jamais négligé.

A. Guépin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mars. — Présidence de M. Jules Rochard.

Election d'un associé libre.

M. Duclaux est élu par 43 voix sur 80 votants.

Empoisonnements par l'oxyde de Carbone

M. Moissan. — La cause d'intoxication la plus fréquente par l'oxyde de carbone, est due aux divers procédés de chauffage actuel.

En voulant employer un minimum de combustible, pour avoir une forte chaleur, on diminue le courant d'air; aussi l'oxyde de carbone s'accumule en grande quantité. Les poêles mobiles sont désastreux à ce point de vue. Car, outre que l'oxyde de carbone y atteint de grandes proportions, les produits de combustion restent froids, le tirage est supprimé; qu'il se produise la moindre fissure, et on a à enregistrer de nouveaux accidents.

Or, mélangé à l'acide carbonique et froid, l'oxyde de carbone tend à descendre dans l'appartement, et le danger est imminent.

M. Gautier. — L'établissement des usines dans les villes, fait accumuler les gaz toxiques et rend inhabitables et dangereuses les maisons voisines.

M. Le Roy de Méricourt. — Au procès des poêles mobiles fait par M. Moissan, je répondrai que les avantages fournis par nos nouveaux systèmes de chauffage ne sont pas sans quelques inconvénients, et notre rôle est de tâcher d'atténuer ces inconvénients sans condamner les progrès industriels.

L'épidémie de fièvre typhoïde à Paris.

M. Bucquoy. — J'ai reçu depuis la dernière séance, de nouveaux renseignements qui vont, j'espère, éclairer en partie l'histoire de l'épidémie actuelle.

Deux médecins de Sens me signalent l'apparition dans leur ville d'une épidémie de fièvre typhoïde. Or, à Sens, la fièvre typhoïde est exceptionnelle. La ville reçoit ses eaux d'alimentation de la Vanne, et les eaux dès leur captage traversent des conduites qui les déversent partie à Sens, partie à Paris. La Vanne est captée auprès de Sens.

Ne semble-t-il pas qu'il y ait dans cette coïncidence, une indication ?

Les eaux de la Vanne sont peut-être contaminées, et cela près du poste de prise.

Il y a une trentaine d'années, m'écrit un de nos confrères de Sens, le château de Theil-sur-Vanne fut envahi par une épidémie de fièvre typhoïde, et cela après le curage de pièces d'eau. Or, cet été on a fait de nouveaux travaux de terrassements dans ce château. L'une des sources de la Vanne prend naissance à Theil-sur-Vanne.

Contrairement à notre confrère, je ne crois pas qu'on puisse expliquer ainsi l'épidémie actuelle; je pense plutôt que les eaux de la Vanne ont été contaminées par quelques cas de fièvre typhoïde survenus dans le voisinage, mais je ne puis fournir de preuves.

M. Colin. — Un médecin de l'armée vient de me confirmer que seules les eaux de la Vanne sont touchées et non la Dhuys ou l'Avre. Nos soldats sont souvent atteints, mais si les cas y paraissent plus fréquents, c'est que les déclarations sont faites plus rigoureusement que dans la population civile.

M. Dujardin-Beaumetz. — Une enquête faite par le comité des épidémies, la préfecture de la Seine et la préfecture de police, nous fournira prochainement les éléments d'une discussion impossible actuellement.

Règles de thérapeutique et d'hygiène applicables aux sujets porteurs de fistule biliaire.

M. Dujardin-Beaumetz. — Chez un malade ayant été opéré pour ictère par rétention, les voies biliaires sont devenues perméables aux microbes, aussi se produit-il fréquemment des poussées fébriles.

L'antiseptie intestinale et les lavements de sels de quinine rendent de grands services dans ces cas.

Le régime végétarien est excellent, puisqu'il empêche la dyspepsie qui résulte du défaut de concordance de la sécrétion biliaire et de la sécrétion pancréatique.

Jamais les opérés ne retrouveront une activité de nutrition parfaite, mais ils peuvent vivre et tirer des bénéfices incontestables de l'intervention chirurgicale.

Glaucome.

M. Chauvel lit un rapport sur un travail de M. Galezowski relatif à la pathogénie des glaucomes.

Il repousse la théorie de l'auteur qui considère le glaucome comme une lymphangite de l'œil.

Prothèse de l'articulation scapulo-humérale.

M. Péan. — Chez un malade atteint de scapulalgie, les dégâts produits par la résection furent tellement considérables, que je résolus d'employer l'appareil construit par Michael sur les indications de Glück. C'est un appareil prothétique en caoutchouc et platine iridée. L'appareil posé, la plaie fut fermée sauf en arrière où j'établis un drainage. Le résultat fut excellent, le malade a récupéré tous ses mouvements.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 mars.

Transfusion de sérum et coagulation du sang.

M. Hayem. — Quand on introduit dans le sang d'un animal une certaine quantité de sérum, on peut observer trois sortes de coagulations :

1° Par stase : si l'animal qui a fourni le sérum est de même espèce que celui qui l'a reçu ;

2° Précipitation grumeleuse : quand on injecte, par exemple, du sérum de bœuf à un chien ;

3° Coagulation massive : si on injecte du sérum de chien à un lapin.

Or, si on chauffe préalablement le sérum de 55° à 58°, aucune coagulation ne se produit.

La substance modifiée ainsi par le chauffage n'est pas la fibrine ferment qui donnerait les mêmes résultats, quel que soit le sérum employé. C'est bien plutôt un ensemble d'albuminoïdes variables suivant l'espèce.

M. Daremberg a déjà démontré que le pouvoir globulicide du sérum disparaissait par chauffage de 55° à 60°.

M. Straus. — M. Daremberg avait aussi fait remarquer que le pouvoir globulicide allait de pair avec le pouvoir bactéricide étudié par Buchner. M. Hayem ajoute donc une nouvelle donnée, qui augmente nos connaissances sur l'effet d'un sérum sur un sang étranger.

Pathogénie du diabète pancréatique.

M. Kaufmann. — Voici les résultats auxquels je suis arrivé dans mes recherches expérimentales sur le diabète pancréatique.

Chez les chiens, diabétiques ou non, le sucre diminue dans le sang après la suppression de la fonction hépatique.

C'est à l'hyposécrétion du foie et non au ralentissement de la destruction du sucre dans les tissus qu'il faut attribuer l'hyperglycémie expérimentale.

Le rétablissement de la circulation du foie détermine un accroissement rapide de la proportion du sucre dans le sang.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 mars. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Hernies gangrénées étranglées.

M. Chaput fait un rapport sur deux observations adressées à la Société par M. Martinet (de Sainte-Foy-la-Grande).

La première observation adressée par M. Martinet avait trait à une hernie sous-ombilicale de la ligne blanche, qui se produisit chez une femme de 50 ans. L'étranglement datait de cinq jours quand le taxis fut pratiqué inutilement, la malade étant dans le collapsus. Le Dr Martinet fit une incision médiane, et trouva l'épiploon sphacélé qu'il réséqua après l'avoir lié. Derrière cet épiploon, les anses intestinal s étaient agglutinées et l'une d'entre elles présentait une plaque de sphacèle de 9 centimètres de long sur 2 de large. C'est alors que notre confrère eût l'idée ingénieuse d'appliquer à ce cas la méthode qu'il décrit dans son observation et que je résumerai en quelques mots : S'aidant de la sonde cannelée, il déprima la partie sphacélée et fixa par un seul plan de sutures séro-séreuses la partie voisine de l'intestin apparemment saine. La région sphacélée se trouvait ainsi incluse dans la cavité intestinale et pouvait s'éliminer sans danger. L'idée est à coup sûr ingénieuse, mais je reprocherai à notre confrère d'avoir employé un seul étage de sutures. L'adossement ainsi produit ne se fait que suivant une ligne et, si l'un des points vient à manquer, on perd le bénéfice de son opération. Je préfère de beaucoup la suture à deux étages, parce qu'entre les deux lignes de suture elle adosse et fait adhérer deux surfaces larges qui garantissent contre toute fistule ultérieure. Il me semble que ce fut une imprudence d'avoir rentré l'anse suturée et qu'il aurait mieux valu la laisser au dehors. On aurait ainsi pu la surveiller pendant quarante-huit heures, et au bout de ce temps la rentrer, lorsqu'on était sûr que la suture intestinale fût en bon état. L'opération a été refaite depuis par Piéchaud (de Bordeaux). Quant à lui donner le nom d'opération de Martinet, ainsi que cela a été proposé, je ne crois pas que ce soit admissible. Presque tous les chirurgiens, en effet, ont depuis longtemps adopté ce mode opératoire, lorsqu'une petite surface de l'intestin hernié leur semble en imminence de sphacèle. La thèse de Barette et des observations allemandes font preuve de l'extension du procédé.

Dans une seconde observation, chez une femme de 58 ans ayant subi deux séances de taxis inutiles, le Dr Martinet trouva, lors de l'opération, un sac sphacélé qu'il réséqua. Il fit de nombreux débridements, réséqua et sutura une anse intestinale gangrenée. L'opération est résumée dans son observation par ces simples mots : suture de Lembert. Les jours suivants il y eut issue de gaz et de matières par la plaie, puis la guérison sembla établie. Quelque temps après la malade présenta des abcès à distance, l'un dans la région du trochanter, l'autre dans la région dorsale. Mais enfin la guérison s'effectua et elle s'est maintenue depuis quatre ans.

Le taxis est contre-indiqué lorsqu'une hernie est étranglée depuis plus de 24 heures, dit M. Berger. Pour ma part, je proscrirais absolument le taxis

Je vais vous citer une observation qui vous donnera la raison de mon opinion. Je fus appelé comme chirurgien de garde auprès d'un malade de 50 ans, présentant une hernie inguinale droite étranglée, molle et peu volumineuse. Je pratiquai le taxis sans chloroformisation. La réduction fut facile, mais le lendemain les symptômes de l'étranglement persistaient. Le malade fut opéré par M. Rieffel qui trouva une anse gangrenée. Cet homme succomba quelques jours après. Les deux observations de M. Martinet nous fournissent l'occasion de discuter, non l'opportunité d'une opération, mais le choix à faire entre l'anus contre nature et la résection intestinale. Dans les hernies étranglées, pour quelques auteurs, dans les hernies étranglées gangrenées, pour tous les auteurs, les microorganismes traversent la paroi intestinale et viennent pulluler dans le liquide du sac. De là, par l'anneau, ils peuvent gagner le péritoine, et, par le système circulatoire, tous les organes. Il en résulte les complications que vous connaissez bien, surtout la péritonite et peut-être les infections pulmonaires dont la pathogénie est encore discutée.

En tous cas, le malade est condamné si on n'intervient pas. Mais que faire ? L'anus contre nature a pour lui d'être une opération fort simple, même sans anesthésie. Il n'est point besoin de grande science chirurgicale, ni d'un outillage spécial. Le malade vide très facilement le bout supérieur de son intestin et l'on voit après l'opération cesser rapidement la paralysie intestinale. Malheureusement, l'opération a aussi ses inconvénients, ce sont les phlegmons de la région, qui peuvent aussi s'étendre. Mickuliez, dans sa statistique, donne une mortalité moyenne de 75 à 80 0/0 dans les anus contre nature, et on doit compter au moins 28 0/0 de mortalité inévitable, c'est-à-dire due à l'opération sans complications. J'ai, pour ma part, une statisique un peu meilleure : 57 0/0 de morts. Quoiqu'il en soit, l'anus contre nature laisse au malade une infirmité dégoûtante qui nécessite des opérations multiples dans la suite.

L'entérectomie, si elle guérit, guérit définitivement.

La mortalité y est d'autre part beaucoup moins grande. Mickulicz donne 50 0/0 de mort en réunissant les statistiques de cinq chirurgiens étrangers.

Sa statistique personnelle donne 33 0/0. Ces résultats sont trop beaux. Ils prouvent que ces chirurgiens choisissent leurs malades et n'appliquent l'entérectomie qu'aux cas les plus curables.

L'entérectomie a bien aussi ses inconvénients : l'écoulement plus difficile des matières, le rétrécissement valvulaire de l'intestin dont les dangers ont été signalés par M. Bouilly, l'existence des fistules stercorales consécutives lorsque les fils ont coupé l'intestin histologiquement altéré.

En tant qu'opération je suis partisan de l'entérectomie. Mais il faut chercher par une opération bien conduite à en diminuer autant que possible les inconvénients. L'opération de Bouilly n'a pas donné tous les résultats qu'en attendait son auteur.

Il y a un beau succès à son actif, et d'autre part, on a vu plusieurs fois la fistule stercorale s'étendre et former un anus contre nature. Je n'applique pas non plus l'enterorraphie de Senn. Je préfère la méthode que j'ai décrite en 1891 sous le nom de suture circulaire avec fente. Je suture simplement les moitiés postérieures des deux bouts. Sur les moitiés antérieures, j'établis deux lambeaux au moyen de fentes; par la suture séro-muqueuse j'élargis cette portion du canal et évite ainsi le rétrécissement valvulaire.

Mode opératoire de la trachéotomie.

M. Guggenheim. — Vous m'avez fait en 1886 la bienveillante faveur d'écouter une communication que je fis sur la trachéotomie. Dans son rapport à ce sujet, M. Richelot se montra partisan résolu de la laryngotomie intercricothyroïdienne. Je crois que grâce à quelques modifications apportées au manuel opératoire de la trachéotomie, l'opération de Vicq d'Azyr doit perdre quelque peu de la faveur dont elle jouit. Mes malades étant anesthésiés à la cocaïne, j'incise les ligaments au bistouri, puis je ponctionne l'aponévrose au thermo-cautère. Par l'orifice, j'introduis une sonde cannelée sur laquelle je débride toujours au thermo-cautère, largement l'aponévrose. Je récline les muscles de chaque côté, les vaisseaux, le corps thyroïde, s'ils se présentent, et j'ai ainsi facilement la trachée à nu à peu près sans hémorrhagie. C'est là toute la nouveauté du procédé et je vous fais juges de sa valeur.

Fractures du crâne par balle de revolver.

(Suite de la discussion).

M. Tuffier. — Je viens apporter mon contingent à la discussion en cours. Pour cela, je vous présente quatre observations où j'ai eu à intervenir.

La première fois, ce fut le 12 septembre 1890, dans le service du professeur Le Fort.

Un homme de 40 ans avait reçu, la veille au niveau du temporal droit une balle de revolver de neuf millimètres. Il présentait du coma et de l'hémiplégie gauche. J'agrandis l'orifice de pénétration au trépan et je cherchai la balle inutilement. Le malade mourut quarante-huit heures après.

A la suite de cet insuccès, j'étais devenu circonspect.

Le 12 janvier 1894, entrait à l'hôpital Beaujon un homme qui s'était tiré au niveau du temporal droit une balle de six millimètres. Il présentait du coma mais pas de signes de localisation. La température étant normale, je n'intervins pas. Le troisième jour, le pouls monta à 80, la température à 38°. Le lendemain, température à 39°. J'intervins alors sous le chloroforme. La sonde cannelée introduite dans l'orifice, il s'écoula une quantité notable de pus. Je trépanai et trouvai un grand abcès cérébral au fond duquel se trouvait le projectile. Trente heures après le malade succomba aux accidents infectieux. Le malade aurait probablement guéri si l'intervention avait été précoce.

Le 12 novembre 1893, je fus appelé auprès d'un étudiant qui s'était tiré deux balles dans la région temporale. — Coma, pas de signes de localisation. Le troisième jour, accidents infectieux. Je fis la trépanation et trouvai les deux projectiles superficiellement. Le malade guérit parfaitement.

Ma quatrième intervention fut pratiquée chez un malade qui, sans phénomènes de localisation, présenta des symptômes d'infection au cinquième jour. Je trouvai le corps étranger à six centimètres dans l'épaisseur du cerveau. Le malade guérit.

Je suis comme M. Delorme, opposé à la recherche prolongée des projectiles, mais je suis comme M. Gérard Marchand, partisan des interventions hâtives. Quoique le trépan semble répudié par un grand nombre de chirurgiens, je pense que c'est encore l'instrument de choix, le choc du maillet sur la boite crânienne pouvant peut-être favoriser la pénétration du projectile dans le cerveau.

M. Moty envoie l'observation d'un Arabe qui reçut dans la face la décharge d'un fusil à canon lisse. Le malade ne fut pas opéré et succomba le quinzième jour à une encéphalite diffuse. Ce fait vient confirmer un grand nombre d'observations affirmant la tolérance des lobes cérébraux vis-à-vis des corps étrangers.

Bactériologie des suppurations pelviennes.

M. Hartmann en son nom et au nom de M. Morax apporte les résultats des recherches bactériologiques faites dans les suppurations du petit bassin. Dans les salpingites catarrhales et parenchymateuses on n'a pas trouvé de microbes, pas plus que dans les hématocèles péri-utérines.

Deux cas de suppuration du ligament large, ont donné du streptocoque pur.

Trente-trois collections des annexes ont fourni treize fois du gonocoque seul ou associé, quatre fois du streptocoque seul ou associé, deux fois du pneumocoque, une fois du B coli, treize fois les cultures sont restées stériles.

L'auteur étudie les rapports entre la variété microbienne et l'état de la température sans pouvoir en tirer de conclusions.

R. Marmasse.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 8 mars. — Présidence de M. E. Besnier.

Naevi multiples de la bouche et de la langue.

M. Mendel présente un homme de 58 ans, qui offre sur la face interne de la joue gauche et sur la moitié gauche de la langue une assez grande quantité de tumeurs érectiles veineuses.

Le début de l'affection ne peut être fixé, même approximativement, car le malade n'en a jamais souffert.

Le maximum des lésions a pour siège la moitié gauche de la cavité buccale, à droite on n'observe que quelques varicosités bleuâtres; au contraire, dans la commissure gauche, sur la face interne de la joue, du même côté et sur la langue, on constate la présence d'une douzaine de tumeurs dont le volume varie d'un pois à une petite noix, bleuâtres, rénitentes, de consistance assez molle.

Ces tumeurs ne sont le siège d'aucun battement; grâce à leurs caractères physiques et à la présence de varicosités très apparentes dans la moitié droite de la cavité buccale; on peut les ranger dans le groupe de néoplasmes auxquels Maisonneuve a donné le nom de *tumeurs érectiles veineuses*.

Eruption érythémato-pigmentée fixe due à l'antipyrine.

M. Brocq. — L'antipyrine peut donner lieu à des éruptions caractérisées par quelques placards arrondis ou plutôt ovalaires atteignant parfois d'assez grandes dimensions, jusqu'à huit centimètres de diamètre dans leur grand axe, isolés les uns des autres et siégeant çà et là sur le corps sans aucune symétrie : ils sont d'ordinaire peu nombreux. Ces plaques sont d'abord d'un rouge bistre, ne s'accompagnant que de sensations de cuisson ou de tension, rarement de prurit; puis elles deviennent indolentes, la rougeur disparait peu à peu et il persiste une teinte brunâtre plus ou moins foncée pouvant aller jusqu'au noir après plusieurs poussées successives; parfois elles se phlycténisent; presque toujours elles sont le siège d'une desquamation lamelleuse lorsque la teinte érythémateuse a disparu. Leurs bords sont nettement arrêtés; elles s'accompagnent parfois d'une tuméfaction accentuée des téguments qui paraissent épaissis mais qui sont toujours mobiles sur les parties profondes. A mesure que l'on s'éloigne de l'époque du début la pigmentation tend à s'effacer et sur les petites plaques elle disparait même assez vite au bout de deux ou trois semaines, surtout si le malade ne prend plus d'antipyrine; mais, au niveau des grandes plaques, elle a de la tendance à persister plus longtemps et si par malheur le sujet reprend du médicament, il se produit une nouvelle poussée érythémateuse et congestive du côté de ces plaques anciennes qui reprennent leur vivacité et dont la pigmentation semble s'accroître. Ce sont donc, en somme, des éruptions remarquables par leur circonscription, par leur pigmentation et par leur fixité.

Dermatite exfoliatrice secondaire.

M. Louis Wickham présente un malade atteint d'une éruption rouge généralisée. Il s'agit probablement d'une dermatite exfoliatrice secondaire avec cachexie caractérisée par du purpura de l'œdème des membres inférieurs et des plaques de gangrène superficielles à la face et aux muqueuses buccales.

Le diagnostic est incertain en raison de l'apparence particulière de l'éruption qui n'est pas en tous points celle de la dermatite exfoliatrice secondaire. En effet la coloration est plus violacée, la desquamation est plus fine et plus rare. M. Wickham attribue ces modifications à l'intervention d'un purpura généralisé. D'ailleurs, c'est par élimination des autres groupes morbides, après enquête sur les antécédents qu'il conclut à la possibilité d'une dermatite exfoliatrice secondaire. Les renseignements indiquaient en effet que le malade a déjà eu, de 1877 à 1884, une éruption analogue à l'éruption actuelle, que les lésions ont débuté par de petites surfaces érythémato-vésiculeuses très prurigineuses, que l'extension s'est faite avec une grande lenteur et que pendant six années, ces lésions ont conservé le même caractère, puis brusquement est survenue une érythrodermie exfoliatrice en tous points semblable à l'éruption actuelle.

Puis il y a eu guérison complète pendant six années. En 1890, nouvelle apparition d'éléments eczématiformes et répétition d'une même série de signes. Ces périodes eczémateuses à leur reprises, permettent d'éliminer un certain nombre de diagnostics auxquels on aurait pu penser et qui sont : le pityriasis rubra grave (type de Hébra), les Erythrodermies exfoliantes primitives chroniques le Pemphigus foliacé, les Eruptions médicamenteuses.

Sur un nouveau cas de morphée.

MM. Hallopeau et L. Brodier formulent les conclusions suivantes :

1° Les plaques de morphée peuvent se développer sans que le tégument présente une induration appréciable ;

2° Les dimensions des taches érythémateuses et pigmentées peuvent être très considérables par rapport à l'étendue des plaques décolorées ;

3° Les plaques de morphée peuvent être le siège d'un prurit intense et persistant ;

4° La pigmentation qui les entoure peut simuler un vitiligo, l'absence d'induration peut alors conduire à un diagnostic inexact ;

5° La coexistence de plaques indurées et le lilas rouge accentué autour de quelques décolorées permettent d'éviter cette erreur.

6° Les mêmes signes, auxquels il faut ajouter l'absence presque complète d'anesthésie évitent une confusion avec la lèpre ;

7° Le développement des plaques pigmentées paraît être consécutif et subordonné aux hyperhémies prolongées.

Chancres mous multiples. — Chancre mou du doigt simulant un panaris.

M. Gastou présente un malade qui vint consulter pour un panaris de la face palmaire de l'index droit.

Cette lésion avait les dimensions d'une pièce de un franc, c'était une ulcération circulaire à bords saillants, décollés, non indurés. Le fond était recouvert de pus et constitué par des bourgeons saignants et très douloureux au moindre contact. Elle s'accompagnait d'induration du ganglion épitrochléen et des ganglions axillaires droits et s'était développée sur une coupure.

M. le Pr Fournier posa le diagnostic du chancre mou du doigt. L'examen du malade montra en effet des lésions analogues dans la rainure balano-préputiale et à la racine de la cuisse gauche. La lésion génitale avait été la première en date. L'inoculation du pus pris à la verge et au doigt fut positive et confirma le diagnostic de chancres mous.

Dr Wickam.

LES LIVRES

1° Chez Bataille, place de l'Ecole de Médecine :

Manuel de thérapeutique clinique, par le docteur G. Lemoine, professeur à la Faculté de médecine de Lille. Bataille, éditeur, Paris 1894.

Le nouveau livre que M. le professeur Lemoine vient de présenter au public médical, est avant tout une œuvre de vulgarisation. Laissant dans l'ombre l'histoire des médicaments et l'étude de leur action physiologique, l'auteur a entrepris d'exposer la thérapeutique dans ses rapports avec la clinique et de faire un livre où le patricien puisse trouver des renseignements précis sur les indications cliniques des diverses médications. Nous pouvons affirmer qu'il a pleinement réussi et que, sous un aspect modeste, son livre est à l'heure actuelle ce que nous possédons de plus complet sur le traitement des maladies.

La méthode suivie par M. Lemoine est des plus simples : après un court exposé de la marche et des symptômes de la maladie dont il veut décrire le traitement, il précise les indications thérapeutiques qui ressortent de sa pathogénie, de son évolution normale et de ses complications, en insistant seulement sur les médications qui ont fait leurs preuves, et en n'hésitant à proscrire formellement les autres. Qu'il s'agisse d'une maladie contagieuse ou d'une maladie constitutionnelle, les traitements prophylactique ou hygiénique occupent une large place, et les médications qui s'adressent à l'élément causal sont minutieusement indiquées ; celles des symptômes, souvent si utiles au praticien qui demande surtout à soulager vite son malade, viennent ensuite. Les soins dont la convalescence doit être l'objet forment, à la fin de chaque chapitre, un paragraphe spécial.

Nous féliciterons M. le professeur Lemoine d'avoir eu le courage de ne mettre dans son livre que ce qu'il croit être vraiment utile et pratique et d'en avoir élagué les nombreuses médications fantaisistes qui naissent et meurent chaque jour ; comme il le dit dans sa préface, il a voulu écrire pour le praticien, pour le médecin qui, débutant dans la pratique médicale, demande des conseils précis et veut savoir ce qu'il doit faire dans un cas déterminé. C'est pour cela que les maladies les plus communes sont celles dont le traitement est le plus longuement traité, par exemple la phtisie pulmonaire, dont chaque forme et chaque symptôme sont étudiés à part.

Nous ne pouvons passer en revue un à un les divers chapitres de cet ouvrage, nous nous contenterons de signaler à l'attention du lecteur ceux qui sont relatifs au traitement de la fièvre typhoïde, du rhumatisme, des pleurésies, des affections du cœur, du mal de Briglet, de l'épilepsie, de la neurasthénie, etc., dans lesquels l'auteur a surtout exposé ses vues personnelles et a eu le plus à cœur de faire œuvre utile pour le praticien. Ainsi conçue la thérapeutique répond parfaitement aux vœux des étudiants et des médecins qui demandent non un livre de matière médicale et de pharmacologie mais un *vade mecum* des indications thérapeutiques et un guide dans l'art de formuler. Le livre du professeur Lemoine leur sera à ce point de vue de la plus grande utilité et nul doute qu'il n'obtienne auprès d'eux le succès qu'il mérite.

Dr Delezenne (de Lille).

2° Chez Baillière, rue Hautefeuille.

Formulaires d'alcaloïdes et de glucosides, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de 1re classe; Introduction, par le Dr Hayem, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris : 1 vol. in-18 de 313 pages, cartonné, 3 francs.

Les alcaloïdes et les glucosides sont restés des médicaments extrêmement précieux, s'adressant surtout aux éléments du système nerveux. Les médecins doivent connaître leur action physiologique, leur degré de toxicité et leur posologie. Rédigé avec grand soin et riche en enseignements précis, le livre de M. H. Bocquillon-Limousin leur rendra, à cet égard, de réels services.

3° Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Les Némertiens, par le Dr L. Joubin, professeur-adjoint à la Faculté des sciences de Rennes. Un volume grand in-18 de 223 pages, avec 4 planches en 12 couleurs et 22 figures dans le texte. Prix : 15 francs.

Avec l'aide de M. le Dr Raphaël Blanchard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, secrétaire général de la Société zoologique de France et de M. le baron Jules de Guerne, ancien président de la Société zoologique de France, la *Société d'Éditions scientifiques* a entrepris la publication d'une série de monographies consacrées à l'étude des divers groupes d'animaux vivant en France.

L'ambition des éditeurs de la faune française est de publier non pas une œuvre de vulgarisation à l'usage des gens du monde, mais une œuvre de haute science, indispensable à l'étudiant et au savant et ayant sa place marquée dans tous les laboratoires et dans la bibliothèque de tout zoologiste et de tout médecin. Grâce à la grande importance scientifique des collaborateurs, à leur compétence indiscutable dans les questions qu'ils sont appelés à traiter et aux sacrifices que la *Société d'Editions scientifiques* est disposée à faire pour en assurer le succès, la faune française marquera une date dans l'histoire de la science française.

Et de fait, à voir les magnifiques planches qui illustrent ce volume, on sent que rien n'a été négligé par les éditeurs pour élever à la faune française un monument durable. Nous ne pouvons que féliciter chaleureusement notre confrère le Dr Henry Labonne, directeur de la *Société d'Editions scientiques*, d'avoir osé entreprendre une œuvre aussi considérable.

Les *Némerliens* sont les vers de la mer aux couleurs si brillantes, qui scintillent d'un si charmant éclat aux pieds des falaises. La plupart des spécimens des côtes de France, peints par l'auteur même, le Dr L. Jouhin, sont représentés avec leurs multiples nuances.

Nous souhaitons que le succès vienne à ce bel ouvrage, ainsi qu'à l'œuvre grandiose dont il est la première assise.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Faculté de Médecine de Paris.

INSCRIPTIONS

3e trimestre de l'année scolaire 1893-94.

Le registre des inscriptions sera ouvert le mercredi 4 avril. Il sera clos le samedi 28 avril, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures :

1° Inscription de première et de deuxième années de doctorat — et de première année d'officiat, les mercredi 4, jeudi 5, vendredi 6, samedi 7, mercredi 11, jeudi 12, vendredi 13, samedi 14 et mercredi 18 avril;

2° Inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat et de deuxième, de troisième et de quatrième années d'officiat, les jeudi 19, vendredi 20, samedi 21, mercredi 25, jeudi 26, vendredi 27 et samedi 28 avril.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le conseil de la Faculté.

MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat et de deuxième, troisième et de quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mercredi 18 avril.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 2e trimestre 1893-94. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Faculté de Médecine de Toulouse.

THÈSES DE L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893. — MM. Lagasquie : *De la méthode expectante en thérapeutique.* — Ambialet : *La déformation artificielle de la tête dans la région toulousaine.* — Mauran : *Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale progressive.* — Estienny : *De la ligature de la veine saphène interne dans la cure chirurgicale des varices.* — Daunic : *Le rein des tuberculeux.* — Gully : *Des valvules du rectum et de leur rôle pathologique.* — Charrière : *La fausse membrane diphtéritique.* — Racine : *Etude climatologique, hydrologique et thérapeutique de Bagnères-de-Luchon.* — Laguerre : *Contribution à l'étude de l'avortement criminel.* — Méliande : *Contribution à l'étude des oreillons.* — Escande : *De l'angiokératome.* — Marie : *Recherches sur le pouvoir rotatoire de la caséine en solutions salines neutres.* — De Lafont : *Etude des suites éloignées de la laparatomie employée dans le traitement de la péritonite tuberculeuse.* — Lacomme : *Des gastropathies nerveuses.*

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

ÉTAT NOMINATIF DES ÉTUDIANTS REÇUS DOCTEURS EN MÉDECINE PENDANT LES MOIS DE JANVIER ET FÉVRIER 1894.

M. Petit, 5 janvier 1894, l'Enseignement de la médecine et l'assistance publique à Tours jusqu'en 1841 (fondation de l'Ecole secondaire de médecine).

M. Dethève, 5 janvier 1894, Contribution à l'étude du traitement du mal de Pott par l'extension continue.

M. Bertin, 8 janvier 1894, Contribution à l'étude du traitement de la malaria.

M. Debedat, 19 janvier 1894, Influence des différentes formes de l'électricité d'usage courant en électrothérapie sur la nutrition du muscle.

M. Cannieu, 22 janvier 1894, Recherches sur le nerf auditif, ses rameaux et ses ganglions.

M. Mariot, 22 janvier 1894, Contribution à l'étude du formol comme antiseptique.

M. Debès, 24 janvier 1894, Contribution à l'étude de l'uréthrotomie interne.

M. Jurquet, 24 janvier 1894, Des rétrécissements de « large calibre » de l'uréthre.

M. Lamort, 24 janvier 1894, De l'influence comparée du raccourcissement des ligaments ronds et de l'hystéropexie abdominale au point de vue obstétrical.

M. Baudry, 24 janvier 1894, De l'intervention chirurgicale dans les cas d'absence du vagin.

M. Crozet, 24 janvier 1894, De la valeur séméiologique du rétrécissement concentrique du champ visuel.

M. Decourt, 24 janvier 1894, La rhinite hypertrophique chez les enfants, ses complications, son traitement.

M. Houques, 26 janvier 1894, Contribution à l'étude du tétanos céphalo-paralytique, tétanos céphalique avec paralysie faciale ou tétanos de Rose.

M. Cordier, 26 janvier 1894, Etude sur la médecine hindoue (temps vidiques et héroïques).

M. Brandeis, 16 février 1894, l'Etat mental des chlorotiques.

M. Bussière, 28 février 1894, De la disparition du premier bruit du cœur dans les affections aiguës, valeur séméiologique.

Intérêts professionnels.

La *Presse médicale* publie, sous la signature de M. Thomas, docteur en droit, la liste des certificats que le médecin doit délivrer sur une feuille de papier timbré. Voici cette liste, dont la connaissance est nécessaire au praticien :

1° Certificat de santé pour les Compagnies d'assurances sur la vie;

2° Certificat de maladie ou d'infirmités à l'époque de la révision;

3° Certificat de maladie dans le cas d'impossibilité de se présenter lors du tirage au sort ou du conseil de révision ;

4° Certificat pour une prolongation de congé de convalescence (militaire ou civil);

5° Certificat de maladie délivré à un militaire ou à un ecclésiastique pour une saison aux eaux thermales;

6° Certificat d'infirmité pour obtenir une retraite avant l'âge voulu (prêtres, instituteurs, employés des postes, des ponts et chaussées);

7° Certificat d'aptitude pour obtenir l'admission dans certaines écoles ou administrations de l'Etat;

8° Certificat de maladie pour être dispensé de faire acte de présence en cas d'arbitrage, juré, ou de témoignage devant les tribunaux;

9° Certificat demandé par une veuve d'employé, à l'effet d'obtenir une pension de l'Administration.

Concours

POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIEN DU BUREAU CENTRAL

Le jury est ainsi composé :

Désormeaux (n'a pas encore envoyé son acceptation); Terrier, Bouilly, Marc Sée, Campenon, Humbert, Siredey (ont tous accepté).

Assistance publique.

CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES D'INTERNE EN MÉDECINE A L'HOPITAL DE BERCK-SUR-MER (PAS-DE-CALAIS) ET A DEUX PLACES D'INTERNE EN MÉDECINE A L'HOSPICE DE BRÉVANNES (SEINE-ET-OISE).

Le lundi 16 avril 1894, à une heure précise, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-mer et à deux places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes.

Le registre d'inscription sera ouvert, de onze heures à trois

65e Année. 9e Série. Tome I — No 12 — 24 Mars 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef* : Dr Pierre SEBILEAU
Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques considérations sur la bactériologie des suppurations périutérines.

Par MM. Henri Hartmann et V. Morax.

Si la question des opérations à opposer aux diverses lésions inflammatoires des annexes a tenu dans ces dernières années et tient encore aujourd'hui une place importante dans les discussions de nos sociétés savantes, il n'en est pas de même de celle de la nature et de la pathogénie de ces inflammations. Ayant depuis un an poursuivi sur ce point des recherches dans le service de notre maître, le professeur Terrier, nous vous demandons la permission de vous en exposer les résultats.

Dans tous les cas de salpingites catarrhales ou parenchymateuses et d'hydrosalpingites que nous avons examinées, tant au point de vue microscopique qu'en recourant à la méthode des cultures, nous n'avons pas trouvé de micro-organisme. Dans 3 cas de grossesse tubaire avec hémosalpinx et même dans 2 hématocèles rétro-utérines, avec fièvre (38°4 dans un cas; 38°2 et 38°8 dans l'autre) l'ensemencement d'une grande quantité de sang n'a donné lieu à aucune culture. 2 cas de suppuration du tissu cellulaire des ligaments larges avec propagation dans un cas au psoas, nous ont montré la présence du streptocoque à l'état pur par la double méthode de l'examen sur lamelles et des cultures.

33 fois nos recherches ont porté sur des collections suppurées formées aux dépens des annexes :

13 fois le pus était stérile.

13 fois il contenait des gonocoques, 12 fois à l'état pur, 1 fois associé à du bactérium coli. Dans ce dernier cas, le rectum était induré, cartonné ; la collection semblait sur le point de s'y ouvrir ; aussi pensons-nous qu'il s'est agi là d'une infection secondaire, d'une salpingite blennorrhagique par du coli venu à travers la paroi de l'intestin.

4 fois le pus contenait des streptocoques, une fois à l'état pur, une fois associé à du bactérium coli et à un petit bacille que nous n'avons pas déterminé, une fois associé au bactérium coli, au même petit bacille et à un bacille en chaînettes.

2 fois il s'est agi de collections à pneumocoques, 1 fois d'une collection à bactérium coli.

Les cas à pus stérile se rapportaient l'un à une ovarite que l'examen histologique a démontrée être tuberculeuse, les autres à des lésions généralement anciennes, le plus souvent gonorrhéiques selon toute probabilité. Il nous est cependant impossible d'affirmer d'une manière absolue l'ancienneté de toutes ces suppurations stériles, 2 des 13 malades qui les portaient, ayant présenté, 6 semaines et 2 mois auparavant, une poussée inflammatoire manifeste.

Par contre, les salpingites contenant des gonocoques se sont toutes présentées chez des femmes ayant des poussées pelvipéritonitiques récentes, remontant à un temps qui variait de 3 semaines à 3 ou 4 mois au maximum, le plus souvent à 4 ou 5 semaines.

L'interrogatoire des malades nous a même appris que les poussées salpingiennes avaient suivi d'assez près l'apparition d'un écoulement jaune verdâtre à la vulve, en un mot qu'il s'agissait d'une inoculation blennorrhagique récente. L'influence des grossesses antérieures sur le développement de la salpingite blennorrhagique nous a de plus paru manifeste. 2 fois sur 13 seulement il s'agissait de nullipares ; dans 3 des 11 autres cas, l'infection salpingienne blennorrhagique a même paru succéder au premier coït qui a suivi l'accouchement, soit que les conditions de réceptivité morbide de la cavité utérine et des trompes aient été augmentées par le fait de l'accouchement soit, plus simplement qu'on ait eu affaire à des inoculations résultant de ce que le mari, contraint pendant les derniers temps de la grossesse à l'abstinence conjugale, ait été chercher en dehors du ménage des germes infectieux. Un point reste acquis, c'est que le fait d'une grossesse antérieure favorise le développement de la salpingite blennorrhagique qui nous a paru relativement plus rare chez les nullipares sujettes principalement à l'endométrite cervicale.

Les renseignements recueillis nous montrent que les salpingites à streptocoques ont une histoire différente, qu'elles succèdent presque immédiatement à des lésions en quelque sorte traumatiques du corps de l'utérus, un avortement, la dilatation d'un utérus, fibromateux, etc.

Quant aux salpingites à pneumocoques ou à bacterium coli, l'étude des antécédents des malades ne nous permet de rien indiquer de spécial dans leur étiologie; leur nombre est du reste trop restreint pour nous permettre d'énoncer la moindre hypothèse.

Un deuxième point, que nous avons recherché dans nos observations, est celui de savoir s'il existe un rapport entre la marche de la température et la variété de salpingite observée. Nous devons dire qu'à cet égard les faits, que nous avons recueillis, ne nous permettent de tirer aucune conclusion, ni au point de vue de la nature de l'agent infectieux, ni même, le plus souvent, à celui de la suppuration ou de la non suppuration de la lésion. Dans deux cas, de foyers suppurés, la température avait oscillé au début de la poussée entre 39° et 40° pour redescendre à la normale au moment de l'intervention; dans un foyer à pneumocoques elle était de 39°,1 avant l'opération; dans deux cas de salpingite à gonocoques, elle variait entre 38° et 39°; dans un troisième, où le gonocoque était associé au bacterium coli, elle était de 38°; de même dans une des salpingites à streptocoques et dans une salpingite à pus stérile. Dans la plupart des autres cas, elle était normale au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Par contre, nous avons quelquefois observé de petites ascensions à 37°,8, 38°, chez des malades ayant des salpingites non suppurées. De plus, si dans trois grossesses tubaires nous n'avons pas noté d'élévation de température, il y avait, en l'absence de tout microorganisme décelable par nos moyens actuels d'investigation, une élévation de la température à 38°,5, 38°,4, 38°,8 chez trois malades atteintes d'hématocèles enkystées.

Nos résultats au point de vue de la recherche d'un rapport entre l'état de la température et la nature de la lésion en présence de laquelle on se trouve sont donc négatifs, conformes en cela, à ceux communiqués par Schanta au dernier congrès de gynécologie allemande.

Une autre question que l'on peut se poser est celle de savoir si la nature de l'agent infectieux a une grosse importance au point de vue des suites de l'opération et si la ligne de conduite doit varier suivant que l'on se trouve en présence de tel ou tel de ces agents. C'est là un point qui paraît avoir beaucoup préoccupé quelques gynécologistes allemands. Schanta et Wertheim, en présence des résultats douteux fournis par l'anamnèse et par l'étude de la température, conseillent de toujours pratiquer l'examen rapide d'une préparation faite sur lamelles au cours de l'opération. On ne ferait, dit Wertheim, que très rarement des erreurs, même avec ces simples examens ex-tempornés. Si le pus recueilli par ponction de la poche est stérile, ou s'il ne contient que des gonocoques, on fera, dit Schanta, une extirpation complète de la poche, s'il contient des microorganismes autres que le gonocoque, on ne fera pas d'opération radicale, on suturera la poche à la paroi, on tamponnera la plaie à la gaze iodoformée, et cinq jours plus tard quand on sera sûr du développement d'adhérences, on incisera la poche que l'on drainera. Ce sont là, croyons-nous, des pratiques subtiles qui n'ont rien de chirurgical, et nous ne voyons guère un chirurgien attendant pour continuer son opération, après avoir ouvert le ventre de sa malade, que l'on revienne du laboratoire lui dire la nature du pus. C'est là une chirurgie par trop microscopique, et ces déterminations opératoires ultra-scientifiques, suivies par quelques chirurgiens allemands ne nous semblent pas destinées à un grand avenir. Elle n'ont du reste pas donné des résultats bien merveilleux. Sur 216 cas de lésions inflammatoires, le professeur Schanta a 13 morts, soit 6 0/0; et si l'on n'envisage que les salpingites contenant des agents infectieux, on voit que 33 pyosalpinx à gonocoques ont donné 3 morts et que 15 pyosalpinx relevant d'une autre infection ont donné 3 autres morts.

Certes la contamination du péritoine par un pus virulent (streptocoques, pneumocoques, etc.) est chose grave; aussi faut-il *dans tous les cas* se prémunir contre elle. Nous croyons qu'il est pour cela inutile de procéder timidement comme les gynécologistes allemands, dont nous venons de rappeler l'opinion. Avec un emploi judicieux du plan incliné et des compresses stérilisées chez une malade bien anesthésiée on peut, par la voie abdominale, procéder à une ablation complète des annexés, tout en opérant, serions-nous tentés de dire, *en foyer limité*, ce qui est le gros point en chirurgie abdominale dès que l'on craint une infection. La pratique de notre maître, le professeur Terrier, et la nôtre le prouvent d'une manière péremptoire. Sur 70 cœliotomies, pratiquées depuis le 1er janvier 1893 à l'hôpital Bichat pour lésions inflammatoires des annexes (dont 37 étaient suppurées), il n'y a eu qu'une mort. Ces résultats se passent de commentaires.

Le seul point thérapeutique où l'examen du pus aurait peut-être quelqu'utilité, est celui de la conduite à tenir vis-à-vis du drain que notre maître, M. Terrier, et nous employons assez volontiers (20 fois sur 37 cas suppurés). Lorsqu'en effet, après ablation d'une salpingite à pus stérile ou contenant des gonocoques on examine le liquide du drain, on constate que pendant les 48 premières heures il reste stérile, puis que vers le troisième ou le quatrième jour il est secondairement infecté par des microbes variés, spécialement par le staphylococcus épidermitis. Au contraire, dans les salpingites à streptocoques nous avons constaté la présencede cet agent infectieux dans le drain, 7 et 8 jours après l'opération. Il y aurait donc intérêt à retirer le drain le plus rapidement possible dans les salpingites à pus stérile ou dans les salpingites à gonocoques, dès que le suintement sanguin a diminué, au bout des 36 ou 48 premières heures, et à le laisser plus longtemps dans les salpingites contenant des microbes qui se développent plus facilement dans le péritoine, le streptocoque par exemple. C'est la seule conclusion thérapeutique que nous croyons que l'on puisse tirer des examens bactériologiques.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement d'une attaque de convulsions chez l'enfant du premier âge.

Par le Dr A.-F. Plicque, ancien interne des hôpitaux.

Le traitement rationnel d'une attaque de convulsions doit évidemment consister à en chercher et à en combattre la

cause. Mais dans la pratique il est, ainsi que le montrent bien les leçons de M. Simon, impossible de suivre complètement cette règle si juste qu'elle soit. La recherche de la cause est difficile; elle exige un interrogatoire long, minutieux, auquel la famille affolée se prête mal. Les réponses sont erronées, contradictoires. Ce qu'on veut, c'est que le médecin appelé d'urgence agisse avant tout.

Deux ordres d'indications permettent de satisfaire, tout en restant utile au petit malade, à cette nécessité d'action immédiate. Certains antispasmodiques sont utiles à peu près dans tous les cas et de toutes façons sont au moins inoffensifs. Quelle que soit la cause de la convulsion il y a toujours intérêt à produire une évacuation du tube digestif.

Comme antispasmodique l'éther offre cet avantage qu'on l'a presque toujours immédiatement à sa disposition. Le meilleur mode d'emploi est en inhalations. Il faut pratiquer ces inhalations doucement, progressivement, en tâchant d'éviter de provoquer une révolte de l'enfant. L'action des inhalations d'éther est plus lente mais plus durable que celle des inhalations de chloroforme. Leur emploi, beaucoup plus inoffensif, doit être préféré. Donné en potion l'éther est moins actif qu'en inhalations. Tant qu'une certaine détente n'est pas obtenue, il est d'ailleurs impossible de faire avaler aucun médicament.

Comme antispasmodique, pour continuer l'action de l'éther et au besoin en cas d'insuccès constituer une ressource nouvelle, M. Simon prescrit d'abord le lavement suivant, puis la potion suivante. La préparation de ces deux remèdes exigeant un certain temps, l'ordonnance doit être faite le plus tôt possible et envoyée à préparer tandis qu'on pratique les inhalations d'éther.

LAVEMENT ANTISPASMODIQUE

Teinture de musc	XX gouttes.
Chloral	0 gr. 50 centigr.
Eau tiède	60 grammes.

Ce lavement est pour un enfant de trois à six mois. La dose de chloral serait avant cet âge, réduite à 0 gr. 25. Elle serait portée à 1 gr. chez un enfant d'un an.

POTION ANTISPASMODIQUE

Bromure de potassium	1 gramme.
Teinture de musc	XX gouttes.
Sirop d'éther	6 à 8 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger	30 —
Eau de tilleul	100 —

Pendant que le médecin attend ces deux médicaments, tout en continuant l'emploi de l'éther, la deuxième indication, évacuer le tube digestif, peut être utilement remplie. Bien souvent, en effet, les convulsions ont pour cause une indigestion, une constipation opiniâtre. Alors même qu'elles ne sont pas causées par une indigestion, il est rare, ainsi que le fait remarquer M. Simon, qu'elles ne surprennent pas l'estomac en plein travail digestif et ne suspendent complètement ce travail. Cause ou effet, l'indigestion accompagne donc presque constamment l'éclampsie.

Au début de l'attaque de convulsions, on ne peut, pour évacuer l'estomac, donner l'ipéca, qui ne serait pas avalé. Chatouiller la luette afin de provoquer le vomissement est inutile, le réflexe nauséeux ne se produisant pas. Les injections sous-cutanées d'apomorphine, un moment en vogue, sont abandonnées, en raison de leurs graves dangers d'intoxication. En présence de ces difficultés, le premier moyen à employer est un lavement purgatif, qui permet tout au moins d'évacuer le gros intestin. Un simple lavement salé (une cuillerée à bouche de sel pour un verre d'eau tiède) sera préféré aux formules plus complexes, qui nécessitent une longue attente.

L'évacuation de l'intestin a de plus l'avantage indirect de permettre utilement l'administration du lavement au chloral et au musc. Ce lavement, pour être gardé, sera donné très lentement, en deux fois, à cinq minutes d'intervalle.

Il est rare que par cette série de moyens : inhalation d'éther, lavement purgatif, lavement de chloral, on n'obtienne pas une détente suffisante pour permettre l'administration des médicaments par la bouche. Dans quelques cas où l'indigestion semble la cause prédominante de l'éclampsie, c'est un vomitif (sirop d'ipéca) qui devra, tout d'abord, être administré. Le chatouillement du pharynx est alors possible et facilite beaucoup le vomissement. Si l'indigestion ne paraît jouer qu'un rôle restreint, on commence, au contraire, de suite, la potion calmante au bromure et au musc (une cuillerée à dessert toutes les demi heures d'abord, toutes les heures ensuite).

En même temps qu'il a formulé ces diverses prescriptions, le médecin a bien entendu recherché les causes de l'éclampsie. Ces causes sont extrêmement variées. Après l'indigestion, la plus importante est la difficulté de la dentition. Le débridement de la gencive, surtout pour les molaires et les canines, a fait, dans bien des cas, cesser comme par miracle une attaque convulsive. Le séjour dans un air vicié, dans une atmosphère surchauffée, la constriction par un maillot trop serré, la piqûre par une épingle mal mise, les corps étrangers de l'oreille, du nez, du rectum, la rétention d'urine, les vers intestinaux, l'engouement d'une hernie, d'un testicule ectopié, ont pu également être la cause de l'éclampsie.

Les convulsions qui succèdent à la suppression d'une éruption cutanée offrent un intérêt spécial. Les bains sinapisés constituent alors un excellent moyen.

Les convulsions ultimes du choléra infantile, des bronchopneumonies sont d'une gravité extrême et le traitement ne peut être que palliatif. Les grands lavements émollients de guimauve, en cas de diarrhées et d'entérites préexistantes, sont utiles. En ce cas, on ne donnerait pas naturellement le lavement salé.

La cause de la convulsion reconnue et traitée, à quel signe peut-on reconnaître la fin de l'attaque convulsive. Alors même qu'un calme apparent est obtenu, comment peut-on savoir que l'enfant est à l'abri d'une nouvelle attaque ?

M. Simon insiste justement sur la valeur du signe suivant. Tant que l'enfant n'a pas uriné abondamment, très abondamment, il est, si complet que semble l'apaisement, exposé à une nouvelle crise d'éclampsie, il est en imminence de convulsion. Parfois, ce n'est qu'au bout de deux jours, trois jours, huit jours même que la détente survient. Pendant tout ce temps, il faut éviter toute excitation, continuer l'administration des antispasmodiques par la bouche, revenir même à la moindre menace au lavement calmant et aux inhalations d'éther.

Dans d'autres cas, les différents moyens déjà indiqués sont impuissants à produire le calme. Les bains sinapisés très courts doivent être alors essayés. Si les bains échouent on aura recours aux inhalations de nitrite d'amyle, au besoin même aux inhalations de chloroforme. Comme suprême ressource M. Simon recommande d'appliquer à la nuque un vésicatoire en bandelette de huit centimètres de long sur trois de haut. Ce vésicatoire sera laissé trois heures au plus.

Une forme spéciale d'éclampsie, l'éclampsie d'origine urémique, assez fréquente dans la seconde enfance après la scarlatine, ne se voit guère chez les enfants du premier âge. Il est donc inutile de décrire son traitement tout à fait spécial : ventouses sur les reins, sangsues aux apophyses mastoïdes, saignée même chez les enfants un peu âgés.

Un enfant guéri d'une attaque convulsive devra être longtemps surveillé au point de vue du régime alimentaire, des excitations nerveuses (interdiction de séjour dans un milieu agité, des fatigues, de l'exposition au froid, au grand soleil, de l'air marin). S'il présente des signes d'excitation cérébrale (insomnie, cris, agacement), on donnerait le bromure de potassium à dose quotidienne de 0 gr. 20 chez un enfant de moins de trois mois ; 0 gr. 30 à trois mois ; 0 gr. 50 à six mois ; 1 gr. à un an (Jules Simon). Cette dose sera prise en trois fois dans du lait.

Dr A. F. Plicque.

EN PROVINCE

Les rapports de la grossesse et de la puerpéralité avec les maladies infectieuses sont de mieux en mieux connues.

La Société de gynécologie, d'obstétrique et de pœdiatrie de Bordeaux vient d'entendre deux communications fort intéressantes. L'une de M. Chambrelent, étudiant les modifications apportées à la grossesse, par le développement d'abcès du foie ; l'autre de M. Lefour intitulée : Influenza et puerpéralité.

Abcès du foie et grossesse.

L'influence des ictères sur la grossesse et sur l'état du fœtus est assez bien connue mais les autres affections du foie n'ont pas été étudiées chez les parturientes.

Il n'est nulle part question dans les traités classiques ou dans les revues de la coexistence des abcès du foie et de la grossesse.

M. Chambrelent eut occasion d'observer un cas d'hépatite suppurée chez une femme enceinte. Deux autres observations lui ont été fournies par M. le docteur Queirel (de Marseille).

Nous résumons ici les trois observations lues à la Société.

Première observation (M. Chambrelent). — Le 15 décembre 1892 entrait à la clinique obstétricale, dans le service de M. le professeurs Moussous une jeune femme de 28 ans. Cette femme secondipare eut un premier accouchement en août 1889.

A cette époque, cette femme, entrée à la maternité, était enceinte de 6 mois et demi. L'enfant se présentait par le siège, et le placenta était en partie inséré sur le col utérin. Une hémorrhagie abondante s'étant déclarée, on pratiqua le tamponnement vaginal. A l'arrivée du chirurgien de la maternité, le Dr Lugeol, les tampons furent enlevés. Le travail était commencé et la dilatation du col atteignait les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Les membranes furent perforées, un pied attiré au dehors et l'hémorrhagie s'arrêta.

Les suites de couches furent marquées par des phénomènes fébriles, température élevée avec grandes oscillations. Il y a là une preuve d'infection puerpérale.

Cependant la malade guérit rapidement.

Jusqu'en décembre 1892 sa santé parait avoir été bonne.

Au moment de son entrée à la clinique, elle est au début du travail.

L'accouchement se fait spontanément : l'enfant est vivant et fort.

Dès son arrivée, la malade s'est plainte de douleurs dans le flanc droit ; la coexistence d'une voussure et de frottements à la base du thorax de ce côté font porter le diagnostic de pleuropneumonie.

La malade est isolée. Sa température est élevée de 39° 2 à 39° 6. Tout se passe normalement du côté de l'utérus.

Le 17, état délirant, même température.

Le 18, subictère, crachats sanguinolents, mort.

L'autopsie montre que la plèvre droite est tapissée de fausses membranes et qu'elle adhère très intimement au diaphragme.

Le foie est ramolli, noirâtre, impossible à sectionner. Sauf l'extrémité gauche du foie, l'hépatite suppurée avait tout envahi.

Comment expliquer cette affection ? Les voies biliaires, le tube digestif sont sains. Il semble donc, fait remarquer M. Chambrelent, qu'on doive faire remonter l'infection du foie aux accidents infectieux probablement phlébitiques de la première grossesse. Ces infections sont connues et admissibles.

Deux points sont encore à signaler dans cette observation : c'est, d'une part, l'absence d'éclampsie, chez cette femme, dont la glande hépatique était presque entièrement détruite, et, d'autre part, la naissance d'un enfant vigoureux et bien portant.

Deuxième observation (Dr Queirel). — Chez une femme ayant eu cinq accouchements faciles, au cours du sixième mois de la sixième grossesse, apparaissent des douleurs sus-ombilicales avec diarrhée, hypersthénie cutanée ; le teint est pâle, les muqueuses décolorées, la langue rouge et sèche. Il n'y a ni ictère ni vomissements.

Les douleurs apparaissent par crises ; elles sont très violentes, et on constate l'hypertrophie du foie. La température est élevée ; les frissons viscéraux accompagnent l'hyperthermie. L'hypochondre droit présente une voussure très nette, la circulation veineuse est très marquée. L'urine est rare et contient de la bile et une grande quantité d'acide urique. Le Dr Queirel appelle en consultation trois collègues et on porte le diagnostic d'abcès du foie. L'opération est décidée.

Le pus sortit, dès que le foie eut été incisé. La glande a contracté des adhérences avec l'intestin. Presque tout le lobe droit est converti en poche purulente. La plaie est drainée, la cavité lavée.

Les jours suivants, la température oscille autour de 37°5 ; l'écoulement purulent est toujours très abondant, bien que de grands lavages antiseptiques soient faits journellement.

La grossesse continue son cours, lorsque le douzième jour, à la suite d'une promenade en voiture, les membranes se rompent. L'enfant se présente par l'épaule. Le lendemain, on extrait par version un enfant vivant, qui meurt presque immédiatement après la naissance.

L'utérus se rétracte bien. Depuis l'opération, une diarrhée continuelle a obsédé la malade. Elle persiste encore au 10 février, c'est-à-dire vingt-cinq jours après l'opération. La malade, transportée au bord de la mer, est de plus en plus faible ; sa plaie hépatique continue d'ailleurs à suppurer. Elle se cachectise lentement et meurt le 25 avril.

Le pus, examiné et cultivé le jour de l'opération et dans le courant du mois de mars, a toujours été stérile.

Troisième observation (Dr Queirel). — Chez une primipare ayant eu un accouchement prématuré d'un enfant putréfié, on constata les signes d'une pleuropneumonie droite avec hypertrophie du foie, sans ictère ni vomissements, ni diarrhée, ni douleurs hépatiques.

Elle succombe treize jours après son accouchement.

L'autopsie démontre que le lobe droit du foie, aux deux tiers détruit, est le siège d'un abcès énorme contenant un demi-litre de pus. Ce pus, comme dans l'observation précédente, est stérile.

De ces trois observations M. le Dr Chambrelent tire quelques considérations. C'est d'abord l'allure rapide et la gravité exceptionnelle de l'hépatite suppurée dans les suites de couches.

Il est impossible d'établir un pronostic de l'état du fœtus, puisque dans un cas l'enfant a vécu et que dans les deux autres il y a eu mort.

L'absence d'éclampsie est aussi très remarquable.

Quant à l'origine, elle semble bien être une phlébite puerpérale ancienne, pour l'observation de M. Chambrelent.

Pour les deux autres, elle reste inconnue.

Influenza et puerpéralité.

M. Lefour fût appelé près d'une jeune femme, enceinte de sept mois et demi le 1er décembre 1893. La malade se plaignait d'une céphalée intense et de vomissements bilieux.

La température était de 40°. On avait relevé chez elle, six

semaines auparavant, la présence d'albumine, et les analyses faites récemment dénonçaient encore 30 à 40 centigrammes d'albumine par litre.

Un purgatif administré en raison des troubles gastro-intestinaux, fut vomi immédiatement; un second purgatif le lendemain fut bien supporté et eut raison des accidents.

Survinrent à deux reprises des contractions utérines qui cessèrent à la suite de lavements laudanisés. Deux jours après la malade accoucha. Le soir sa température monta à 39°6, plus tard apparurent des douleurs que MM. Lefour et Arnozan estimaient dues à une colite de l'anse située en avant du fond de l'utérus et ils admirent le diagnostic de grippe à forme gastro-intestinale.

L'antiseptie intestinale et le sulfate de quinine vinrent à bout de tous ces accidents.

Mais comment distinguer les accidents grippaux des phénomènes septiques de la puerpéralité? M. Chaleix estime la distinction facile. Ce n'est pas l'opinion de M. Lefour; la grippe peut dans ces cas revêtir la forme septique à déterminations locales, ce qui rend encore le diagnostic plus difficile.

Quant à la lactation, elle serait diminuée ou abolie, suivant les observations, lors de l'apparition de la grippe.

A L'ÉTRANGER

AUTRICHE

Diverticules de la vessie.

M. Englisch a entretenu dernièrement le collège médical de Vienne, des études qu'il a poursuivies sur les diverticules de la vessie.

On peut considérer, dit l'auteur, deux groupes distincts de diverticules. Les vrais diverticules ou poches vésicales, auxquels concourent toutes les tuniques du réservoir et les cellules vésicales, celles-ci ont comme toute paroi la muqueuse qui s'invagine dans le tissu musculaire pour aller faire saillie à la périphérie.

Les parois latérales de la vessie représentant les points faibles de l'organe ainsi que le sommet, c'est là qu'on trouvera habituellement les poches. Un obstacle en avant de l'orifice interne de l'urèthre détermine fréquemment leur apparition. Mais, d'autre part, on les trouve chez un bon nombre de tout jeunes enfants. Dans ce cas, elles sont congénitales.

L'ouverture des diverticules est de diamètre variable.

Au sommet de la vessie, les poches sont disposées au voisinage de l'insertion de l'ouraque; elles peuvent être assez grandes et leur orifice assez petit pour qu'on ait décrit des vessies cloisonnées.

Les cellules vésicales, c'est-à-dire les diverticules à paroi muqueuse existent surtout dans les vessies hypertrophiées; leur siège habituel est la région postero-latérale de l'organe. La forme de la cellule dépend de la dimension de son orifice; l'orifice est-il large, la cavité diverticulaire est conique ou allongée; si l'orifice est étroit, le type sphérique est habituel.

Le diagnostic doit se faire par la palpation et le cathétérisme. On examine le sujet lorsque la vessie est pleine, et on constate que la vessie a des diamètres transversaux supérieurs à ceux d'une vessie normale; tandis que dans le sens vertical, le réservoir paraît petit. C'est là un indice de diverticules latéraux. D'ailleurs il est facile de comprendre que l'examen ne donnera pas le plus souvent les mêmes résultats des deux côtés.

On fait ensuite le cathétérisme de la vessie avec une sonde à bec court; le bec peut s'engager dans des orifices et devient immobile. Il n'est pas rare non plus de trouver des calculs dans les logettes diverticulaires.

Si l'on évacue l'urine avec une sonde, on peut encore, après l'opération, faire sortir une certaine quantité d'urine en comprimant la vessie. Les poches se vident et on a ainsi une miction en deux temps, mais indolente. La seconde émission d'urine est souvent trouble, parce qu'en cas d'affection vésicale, l'urine de la poche qui a séjourné longtemps a pu former un dépôt.

Etat de la vessie. — L'examen du dépôt de l'urine fait établir le pronostic, mais il semble que les cellules vésicales ont plus souvent donné lieu à des phénomènes inflammatoires. Les symptômes douloureux qui apparaissent alors sont exagérés, lorsque la vessie est pleine, par la transmission des contractions abdominales. L'inflammation peut se propager, déterminer des péricystites, des accès de périlonite. D'autres fois, on voit se produire des adhérences avec l'utérus, l'intestin grêle, le rectum. Les grands diverticules, favorisant la stase, prédisposent aussi aux complications rénales.

Il en résulte, au point de vue thérapeutique, l'importance des évacuations régulières et complètes de l'urine.

S'il se produit une inflammation circonscrite, il importe de faire des applications de glace à la région hypogastrique, en même temps qu'on assurera l'asepsie de la vessie par la sonde à demeure et les lavages avec l'eau boriquée.

Mais, lorsque le péritoine ou le tissu sous-péritonéal semblent touchés, si la fièvre se montre et que la paroi soit tendue, on doit inciser largement sur la ligne médiane en détachant, au besoin, les muscles droits du pubis; on évitera ainsi les complications graves dues aux suppurations étendues.

Des affections de la peau dans leurs rapports avec les affections des différents organes.

M. Kaposi (Club médical de Vienne). — Hebra avait bien démontré que des affections cutanées curables pouvaient résulter d'excitations diverses portant sur la peau, mais jamais ni lui ni son école n'ont soutenu qu'il n'y ait aucune relation entre les maladies de la peau et les affections viscérales. Des organes à la peau, la transmission, aussi bien en pathologie qu'en physiologie, se fait par le sang et par le système nerveux spinal et sympathique.

Il existe, d'abord, toute une série d'affections cutanées (syphilis, morve, scrofule) qui sont des manifestations d'un processus général envahissant concurremment les viscères.

G. Singer a fait de l'acné vulgaire un élément des affections digestives: il y a là une exagération; l'acné vient d'une inflammation périfolliculaire. Au moment de la puberté les follicules sont le siège de phénomènes biologiques très marqués; aussi est-ce à cette période que l'acné atteint son maximum de fréquence; l'acné est alors le symptôme témoin d'un affaiblissement de la nutrition.

Chez les cachectiques, où la nutrition est également diminuée, il se produit des hémorrhagies dans les follicules. Lorsque l'énergie cardiaque est faible, l'hyperhydrose de la paume des mains et de la plante des pieds apparaît souvent et traduit l'état des glandules sudoripares. Que le tenus du cœur s'affirme et les troubles cutanés disparaîtront.

L'influence du système nerveux apparaît dans plusieurs dermatoses : l'érythromelalgie, par exemple.

Pour l'urticaire, il est une croyance assez répandue, qui en fait un résultat a forcé d'intoxication alimentaire, mais certains individus présentent des plaques d'urticaire, simplement après avoir regardé des aliments qu'ils considèrent comme dangereux.

L'urticaire s'étend fréquemment par plaques symé-

triques : on retrouve là le caractère habituel des troubles nerveux ou angioneurotiques, la transmission se faisant de la plaque originelle aux centres vaso-moteurs médullaires et par là à la région symétrique du corps.

Les exanthèmes médicamenteux semblent bien aussi être sous la dépendance de l'état nerveux; le point de départ est variable. Pour les érythèmes bromique et iodique, M. Kaposi pense que l'irritation première porterait sur les nerfs papillaires.

L'eczéma récidivant n'est dû le plus souvent aussi qu'à l'affaiblissement de la nutrition générale. Au cours de la chlorose, l'eczéma peut se transformer en mycosis fongoïde, mais l'eczéma peut de son côté augmenter la dépression du sujet, en produisant des démangeaisons, de l'insomnie.

A l'eczéma, se rattacherait, pour Kaposi, les furoncles qu'on rapproche si facilement du diabète; le furoncle serait le résultat d'une lymphangite eczématcuse très fréquemment.

M. Kaposi a observé 350 cas de pemphigus ; la cause reste inconnue. Cependant une variété mérite d'être signalée : dans quelques cas on voit apparaître le pemphigus au commencement d'une grossesse et l'accouchement effectué la dermatose disparaît. Ce n'est pas d'ailleurs la seule affection cutanée de la grossesse, on y rencontre encore l'impetigo herpetiforme et dix-sept femmes enceintes présentant cette affection moururent, soit lors de la première grossesse, soit aux suivantes.

Il importe de rester circonspect dans le diagnostic étiologique des affections cutanées : ainsi la maladie d'Addison se présente quelquefois sans lésions des capsules surrénales — l'Eléphantiasis des Arabes qu'on attribuc généralement à la filaire du sang peut se présenter en l'absence du parasite.

Le prurit généralisé, peut être dû à une intoxication intestinale; ce sont ces cas que le menthol à l'intérieur a guéris (G. Singer). Mais il est plus souvent de causes complexes : l'atrophie de la peau chez les vieillards, la glycosurie, l'albuminurie sont ses causes habituelles. Il convient de faire une place à part aux prurits d'origine réflexe : tels que ceux qui se produisent dans les affections génitales, ou d'autres fois à la suite d'émotions.

REVUE DES JOURNAUX

Trois épidémies scolaires de fièvre typhoïde, par M. Guibert. (*Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, novembre 1893).

A l'occasion de trois épidémies qu'il a eu à observer à l'école normale des institutrices de Saint-Brieuc, à l'école communale de Panguenonal et de Binic, M. Guibert est d'avis que toutes les fois qu'une épidémie de fièvre typhoïde débutera sur les élèves d'une seule école, qu'elle servira plus spécialement sur les élèves et sur les personnes habitant cette école, il y aura une quasi certitude que l'eau des puits de cette école est le principal, sinon l'unique foyer de contamination.

A Planguenonal un puits a été contaminé par le déversement qui y a été fait d'eau pluviale ayant entraîné des déjections typhoïdiques ; à Pordic, il l'a été par le voisinage d'un trou non cimenté ni même maçonné, ayant reçu autrefois des déjections humaines ; à Saint-Brieuc il l'a été par des terres fangeuses de déblais, provenant du centre de la ville et contenant des détritus organiques en putréfaction, et des déjections écoulées des fosses d'aisances non cimentées.

Aussi, l'auteur pense-t-il qu'il serait bon de charger les inspecteurs primaires de s'assurer de la situation et des conditions d'établissement du puits des écoles de leur ressort.

1° Lors de l'établissement des projets de construction d'écoles;

2° Lors de leurs inspections annuelles.

Les puits devront être aussi éloignés que possible, non seulement des fosses d'aisances cimentées avec soin, mais encore des propriétés voisines où l'on a déjà et où l'on pourrait établir des fosses non cimentées, dont le contenu pourrait donner lieu à des infiltrations.

Le puits devra donc être établi vers le milieu de la cour ou d'un enclos suffisamment étendu.

Il ne sera jamais fait dans son voisinage ni remblai de terres fangeuses, ni de dépôt de détritus organiques, ni de dépôt de fumier.

Pour que ce puits ne puisse en aucun cas recevoir d'eau de surface, son ouverture sera bien couverte, le sol sera nivelé de façon que l'entrée du puits soit toujours la partie la plus élevée de la cour ou de l'enclos, et de manière que dans toutes les directions, la pente éloigne l'eau pluviale ou de lavage de l'entrée du puits. C. A.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 mars. — Présidence de M. Jules Rochard.

Election d'un membre titulaire.

M. Nicaise est élu par 37 voix sur 68 votants.

L'épidémie de fièvre typhoïde à Paris.

M. Dujardin-Beaumetz — Les renseignements qui nous ont été fournis par la préfecture et l'administration montrent que l'épidémie de fièvre typhoïde est en voie de diminution. Nous pouvons dire, d'après les statistiques, que les quartiers les plus touchés sont ceux qui reçoivent leurs eaux d'alimentation des conduites de la Vanne. Les zones fournies par la Dhuys et l'Avre sont restées presque complètement indemnes.

C'est du 15 au 18 février que l'épidémie est apparue. Jusqu'au 9 mars le chiffre des cas nouveaux s'est maintenu fort élevé.

La coexistence d'une épidémie analogue à Sens, ville alimentée par la Vanne, plaide encore en faveur de la contamination de cette rivière.

Une mission a été envoyée à Sens, au nom du conseil d'hygiène; je vous ferai connaître son rapport.

M. Bucquoy. — Une dépêche que j'ai reçue ce matin du Dr Lorne, de Sens, me confirme pleinement les renseignements que je vous ai déjà communiqués. Le village de Rigny-le-Ferron qui a été surtout atteint, est situé sur le Tirmont, cours d'eau qui traverse les drainages de la Vanne.

M. Vallin. — L'enquête faite dans les différents hôpitaux militaires et casernements de la garnison de Paris nous montre aussi que l'épidémie limitée à la ville de Paris n'a atteint que les casernes alimentées en eau de Vanne.

L'allure rapide de l'épidémie à son début est un fait commun aux casernes et à la population civile. Il s'est produit une sorte d'empoisonnement aigu, changeant le type habituel, lent et graduel des épidémies de fièvre typhoïde.

Eaux de seltz et eaux minerales. Etude bactériologique.

M. Moissan en son nom et au nom de M. Grimbert lit un travail dont voici le résumé :

Parmi les eaux de seltz, un grand nombre contient des particules de cuivre, d'étain et de plomb. On en trouve aussi dans certaines eaux minérales artificielles.

...Ces eaux contiennent également un nombre considérable de microbes. Les eaux minérales naturelles renferment également de grandes quantités de microorganismes; ce fait semble prouver que les précautions prises pendant l'embouteillage sont insuffisantes.

M. Cornil. — Le rapport de M. Pourchet montre que certaines eaux minérales ne contiennent pas de microbes ou en renferment fort peu lorsque les échantillons sont pris au griffon même des sources. C'est pendant le séjour dans les vasques mal entretenues ou pendant l'embouteillage que les eaux se contaminent.

Traitement du pneumothorax et spécialement des pleurésies infectieuses qui peuvent le compliquer.

M. Fernet. — Le traitement du pneumothorax simple est purement symptomatique; il comprend généralement, les injections sous-cutanées de morphine contre la douleur, les inhalations d'oxygène pour combattre la dyspnée, et la ponction qui s'adresse aux phénomènes de compression.

Mais la plèvre reçoit par l'orifice pulmonaire des germes infectieux. Ceux-ci proviennent d'un foyer tuberculeux, d'un infarctus gangréneux ou d'une autre lésion du poumon. Leur arrivée dans la cavité pleurale provoque généralement une pleurésie infectieuse variable avec la nature de l'agent.

Le traitement doit être gradué suivant l'importance et l'intensité de la réaction de la séreuse: L'hydropneumo-thorax ne réclame aucun traitement, à moins que l'épanchement ne soit abondant ou tenace; dans ces cas la thoracentèse est indiquée. Quand l'injection pleurale est peu intense et détermine une pleurésie subaiguë, on en a raison par l'injection intrapleurale de liquides antiseptiques (solution d'iode, de sublimé, de chloral, etc. .).

Une thérapeutique plus active consistera en lavages de la plèvre avec des liquides antiseptiques, suivis ou non d'un liquide antiseptique qu'on laissera séjourner dans la plèvre.

Enfin dans les cas de pleurésie septique suraiguë, il faut recourir à la thoracotomie et la pratiquer de bonne heure autant que possible.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 mars.

Action antiseptique du régime lacté.

MM. A. Gilbert et Dominici. — Poursuivant nos études sur l'état bactériologique du tube digestif, nous avons cherché à connaître les modifications apportées à l'état microbiologique du tube digestif pour le régime lacté exclusif. Un homme adulte fut soumis à ce régime pendant 5 jours. Dès le second jour les microbes des fèces avaient diminué de près de quatre cinquièmes. Le cinquième jour le microbisme des fèces était tombé au un soixante et onzième du taux habituel.

Le lait stérile n'a d'ailleurs pas plus d'action que le lait non stérilisé. Chez le chien et le lapin les résultats sont analogues et même chez le lapin on arrive à obtenir l'asepsie presque absolue du tube digestif.

Cependant le lait, qui est un milieu de culture favorable pour un grand nombre d'espèces, ne peut agir comme antiseptique. Le lait ne fournit dans l'intestin qu'un résidu très peu considérable et par conséquent diminue le milieu nutritif habituel de nos hôtes intestinaux. Mais il agit aussi en augmentant l'acidité du contenu gastrique et par passage dans l'intestin, l'acide chlorhydrique agit comme microbicide. Quoiqu'il en soit, ces faits expliquent l'utilité incontestable du régime lacté dans les dyspepsies avec pullulations microbiennes, dans les entérites, la dysenterie, la dothiénentérie. Ils nous font comprendre aussi le rôle du lait dans les affections du foie, ou l'organisme est intoxiqué par les produits de désassimilation et recevrait des toxines microbiennes un dangereux contingent.

M. Richet. — Le lait qui sort de l'estomac présente en effet une acidité remarquable, mais dû non à l'acide chlorhydrique mais à l'acide lactique, produit par la fermentation du lait. Cet acide, arrivé dans l'intestin, agit comme microbicide, mais aussi en transformant le milieu, et le rendant peu favorable aux cultures.

Pouvoir toxique et antiseptique des dérivés phénolés et naphtolés du mercure.

MM. Desesquelle et Charrin. — L'un de nous a fait connaître les modes de préparation et les préparations de six composés mercuriques : le sublimo-phénol. l'hydroxyphénalate de mercure, le β sublimo-naphtol, le β naphtolate mercuriel, l'acétate et naphtolate mixte de mercure. Nos recherches physiologiques furent faites en prenant pour terme de comparaison la toxicité et le pouvoir antiseptique du sublimé.

Ces divers corps sont aussi antiseptiques et beaucoup moins toxiques que le sublimé. Leur valeur thérapeutique expérimentale est donc fort appréciable.

Rô e du pancréas dans la régulation de la fonction glycogénique.

M. Kauffmann. — Le pancréas joue un rôle modérateur dans la fonction glycogénique des cellules hépatiques, grâce à l'action du suc pancréatique sur le foie. Ceci découle de mes expériences.

Ayant supprimé, sur un chien, tous les nerfs qui se rendent au foie, je vis s'établir une hypoglycogénie d'origine hépatique.

J'enlevai alors le pancréas, et rapidement apparut l'hyperglycogénie, puis l'hyperglycemie. Le pancréas agit donc sur la fonction glycogénique par sa sécrétion interne, peut-être aussi par la voie nerveuse, mais je ne puis rien préciser dans ce sens.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mars. — Présidence de M. Th. Auger.

Injection d'une dose forte de cocaïne dans l'urèthre. Mort subite.

M. Reclus. — J'ai été chargé de faire un rapport sur un cas de mort subite survenue à la suite d'injection de cocaïne dans l'urèthre.

Le médecin qui nous a adressé l'observation en question, n'est certainement pas un lecteur de nos bulletins, ou, en tout cas, nous lit mal.

Voici, en quelques mots, l'observation qu'il nous envoie :

Un homme de 72 ans, cardiaque, artérosclereux, sujet à des accès d'angine de poitrine, présenta de la rétention aiguë, suite d'une hypertrophie de sa prostate. Les sondes molles, sondes à béquilles, instruments rigides, furent essayés en vain. La ponction hypogastrique fut faite au grand soulagement du malade.

Mais le lendemain, les mêmes phénomènes se produisant, le médecin se décida à faire une cystostomie sur pubienne, mais auparavant il voulut essayer, une dernière fois, de franchir l'urèthre. Pour diminuer l'irritabilité du canal, il décida d'anesthésier la muqueuse avec la cocaïne. J'employai, dit-il, des doses faibles, à cause du mauvais état du cœur, et j'injectai dans le canal une vingtaine de grammes d'une solution à 5 0/0. A la suite de l'injection, le malade fut pris de tremblements, sa face devint pâle, il se leva sur son lit pour vomir et mourut de syncope.

La dose faible de notre malheureux confrère, c'est un gramme; c'est ce que dans notre discussion nous appelions la dose folle, alors que nous établissions que la cocaïne ne devait pas être donnée à plus de 15 à 20 centigrammes, et que les solutions à employer ne devaient pas dépasser 1 à 2 0/0.

Ainsi, ce médecin a donné une dose cinq fois trop forte, et une solution cinq fois trop forte également.

J'ai, pour ma part, fait des uréthrotomies en donnant trois à quatre centigrammes.

Notre confrère s'étonne aussi parce que la cocaïne a agi aussi

vite que si elle fut injectée dans le tissu cellulaire, mais Condamin et Lépine ont surabondamment démontré que l'ampoule rectale et la muqueuse urétbrale. par leurs propriétés absorbantes étaient comparables au tissu cellulaire.

On a présenté d'ailleurs, à la Société, plusieurs observations très précises, deux entre autres où les doses de 60 centigrammes et de 80 centigrammes ont amené la mort.

L'auteur tire de son observation la conclusion suivante : chez un cardiaque, la dose de 100 centigrammes de cocaïne est dangereuse; — mais elle l'est même chez un homme sain — et pour ma part si je donne la cocaïne aux cardiaques, je redouble encore de précautions.

M. Bazy. — Comment a-t-on pu injecter vingt grammes dans l'urètre. La vessie a dû concourir à l'absorption.

M. Reclus. — Probablement, l'injection a été poussée fortement. Mais, sur ce point, l'observation ne donne aucun détail.

M. Verneuil. — L'auteur invoque à sa décharge une circonstance atténuante malheureuse ; il dit que le malade est mort parce que la dose était trop forte pour un cardiaque. Il a donc été doublement imprudent.

M. Tuffier. — Le malade est mort immédiatement. Cela semble prouver que la cocaïne a pénétré dans les veines.

Plaies pénétrantes du crâne par balles de revolver.

(Suite de la discussion.)

M. Berger. — En prenant la parole pour la seconde fois, au cours de cette discussion, je tiens à me défendre de paroles qu'on m'a attribuées, bien que je ne les ai pas prononcées. Je n'ai jamais dit que les balles fussent le plus souvent aseptiques. Tout ce que j'ai affirmé c'est qu'elles se comportaient assez souvent comme des corps aseptiques, ce qui est bien différent.

Il y a ici quelque malentendu entre ceux qui sont partisans de l'intervention primitive et les autres qui, comme moi, sont en théorie moins formels. Mais il faut reconnaître que dans la pratique nous agissons presque tous de la même façon. La question est celle-ci : En présence d'une plaie pénétrante du crâne par balle de revolver, en l'absence de tout accident immédiat, faut-il intervenir primitivement? En dehors de ce cas, il est bien évident que, comme vous tous, je considère la trépanation comme indiquée.

Faut-il intervenir? Il y a là la question de fait et la question de doctrine. La question de fait, d'abord. Je vais reprendre brièvement une à une les observations qui nous ont déjà été présentées et voir quelles sont les conclusions qui en découlent.

M. Quénu a présenté trois cas. Dans le premier, il ouvre un foyer intra-cérébral au bout de trois semaines. On peut espérer qu'il n'aurait pas succombé, si l'intervention avait été plus hâtive, mais on ne peut l'affirmer. Dans sa seconde observation, il s'agit d'un homme qui a reçu cinq coups de revolver. Ce n'est qu'après vingt-quatre heures que M. Quénu intervient. Il enlève deux projectiles. Le malade guérit. Cela prouve tout simplement qu'une intervention bien guidée et faite à temps constitue une bonne thérapeutique. Mais M. Quénu a fait là une trépanation secondaire. Le troisième cas nous présente bien l'intervention primitive, mais le corps étranger n'avait même pas traversé la dure-mère. Il ne rentre donc pas dans l'ordre de faits à discuter.

L'observation présentée par M. Monod a rapport à un cas beaucoup trop grave pour qu'une trépanation même primitive ait pu y remédier.

Voici M. Terrier, grand partisan de l'intervention primitive, qui nous présente une observation où malgré sa prudence et sa réserve, l'exploration ne lui donne que des fausses routes et l'autopsie lui prouve qu'une intervention eût été inutile.

Des observations de M. Gérard Marchand, la seule où il soit intervenu, c'est celle où il a trouvé un symptôme, une indication : a fièvre.

M. Tuffier nous a communiqué, à la dernière séance, quatre observations très intéressantes (*Gaz. méd.*, 16 mars). Dans les deux dernières, l'intervention fut secondaire. Dans les deux autres où il n'est pas intervenu, ou s'il l'a fait c'est qu'il a trouvé dès le début une indication.

Ce que les interventionnistes auraient dû apporter à la Société, ce sont les preuves que l'intervention primitive a permis d'enlever des projectiles, des esquilles et de parer à des accidents ultérieurs.

Au lieu de cela, dans toutes ces observations, je vois intervenir lorsqu'il s'est déclaré un ou plusieurs accidents primitifs ou secondaires. Les quelques cas d'intervention primitive qui sont communiqués sont ou malheureux ou inutiles. En s'appuyant sur les faits, on pourrait donc conclure qu'il faut intervenir lorsqu'il se produit des accidents, quelque soit le moment.

Je laisse de côté les statistiques, car elles mettent en présence des faits dissemblables et non comparables.

Voyons maintenant la question de doctrine Il semble qu'il y ait tendance dans un sens ou dans l'autre. M. Terrier a pour pratique de rechercher les projectiles d'emblée. M. Gérard Marchant est plus modéré. Il faut, dit-il, intervenir. agrandir l'orifice, enlever les esquilles, nettoyer le foyer et n'enlever que ce que l'on voit. J'estime que c'est déjà aller un peu loin. La chloroformisation, l'ébranlement du crâne qui résulte de l'opération ne sont pas sans danger pour le malade. Les résultats ne sont pas si remarquables qu'on doive poser une règle dans ce sens. Je ne ferai pas d'objections graves à une intervention limitée à l'orifice, à la désinfection du foyer, si je ne craignais que des praticiens moins instruits ne sachent s'arrêter au cours de l'intervention. On ne peut donc dire avec M. Quénu que l'abstention est une faute. La pratique des différents chirurgiens d'ailleurs s'équivaut. En face d'une indication nous trépanons. En son absence nous restons sur l'expectative. Il est donc impossible de poser des règles générales au sujet de l'intervention primitive. L'abstention me semble recommandable jusqu'à ce que par une observation constante du malade on ait trouvé une indication.

M. Verneuil. — Lors de la discussion faite à la Société en 1887. presque tous les chirurgiens s'étaient prononcés pour l'abstention en l'absence de symptômes. J'ai été très surpris de voir dans les comptes-rendus que M. Terrier, avec sa maëstria dogmatique que vous connaissez, vient affirmer l'opinion juste opposée de celle soutenue il y a sept ans. Pour ma part je n'ai pas changé d'opinion. Je ne touche jamais aux plaies perforantes du crâne parce que je n'ai jamais trouvé de projectiles et que l'abstention m'a donné un grand nombre de succès. Dans trois cas entre autres, où la balle avait pénétré par le conduit auditif externe; dans un cas où la substance cérébrale sortait par un orifice fait à l'occipital, je me suis très bien trouvé de l'abstention.

M. Quénu. — Je ne suis pas intervenu primitivement dans l'observation citée primitivement par M. Berger pour la meilleure des raisons : c'est que j'étais absent.

Je ne crois pas qu'en émettant notre opinion à la Société nous ayons à nous préoccuper d'une responsabilité qui incomberait vis-à-vis des médecins qui ne sauraient pas quand, comment ni jusqu'où intervenir. Si je fais la désinfection du foyer après trépanation, c'est qu'il est évident, M. Pasteur l'a d'ailleurs démontré, que les parties touchées les premières, c'est-à-dire les plus superficielles, sont les plus infectées.

L'emploi de la pince-gouge supprime l'ébranlement du cerveau que redoute M. Berger. En tous cas, la trépanation a pour avantage de faire reconnaître si la plaie est vraiment pénétrante.

M. Ollier (de Lyon). — Je voudrais simplement relater ici l'histoire d'un malade au sujet duquel le diagnostic fut impossible à établir. Il y a trois ans, entrait dans mon service un jeune homme qui s'était tiré un coup de revolver au niveau du conduit auditif externe. Le facial fut coupé et le malade présenta, en outre, de l'hémiplégie du côté opposé. Je refusai d'intervenir. Le diagnostic du siège du projectile ne put être établi par aucun de mes collègues. Quelque temps après, le malade accusait une douleur en

un point fixe à la partie postérieure du pariétal. Je me décidai à le trépaner sans aucun résultat. Persuadé que je lui ai extrait la balle, il se porte très bien jusqu'au jour où il apprend le résultat négatif de mon intervention. Il accuse alors un nouveau point douloureux siégeant à côté du point trépané. Il vient à Paris, dans le service de M. Charcot, puis de là passe chez M. Terrillon qui le trépane. Quelques jours après le malade mourait de phénomènes nerveux.

L'autopsie permit de retrouver la balle, mais bien loin de l'endroit où on la cherchait. Elle était en dehors du crâne, logée derrière le pharynx. R. Marmasse.

NÉCROLOGIE

JUHEL-RÉNOY

Mercredi matin, de nombreux amis ont conduit à la tombe le corps de Juhel-Rénoy, notre collaborateur et notre ami. En dix jours, une fièvre typhoïde hypertoxique a fauché cette robuste constitution, si pleine de vie et de puissance et empreinte d'une si belle humeur. Cruelle ironie du sort, Juhel-Rénoy vient d'être emporté par une de ces infections à la thérapeutique desquelles il s'était attaché avec le talent et la ténacité que chacun sait; il a, sans doute, puisé le germe de son mal au lit des malades qu'il soignait dans son beau service de l'hôpital Cochin. Juhel-Rénoy avait de grands moyens; son activité, sa vivacité étaient infatigables; il faisait à ses élèves des cliniques excellentes qu'il publiait dans plusieurs journaux de médecine. Nos lecteurs ont pu juger par quel esprit clairvoyant, méthodique et sage elles étaient dictées, dans quel style châtié, facile et agréable elles étaient écrites. La mort de Juhel-Rénoy a profondément impressionné le corps médical. Il comptait des amis très nombreux, parce qu'il avait un cœur généreux et brave. Il est mort à 39 ans.

P. S.

Deux discours ont été prononcés sur la tombe de Juhel-Rénoy. En voici le texte :

Discours de M. Rigal.

« Messieurs,

» Nous connaissons tous les imprévus de la vie humaine; mais en est-il de plus étrange et de plus attristant que celui de voir disparaître, comme par un coup de foudre, un homme qui, hier encore, était plein de vigueur physique et d'énergie morale ?

» Devant cette tombe qui n'aurait pas dû s'ouvrir, permettez que je vous dise quels souvenirs a laissés parmi nous celui que nous entourons pour la dernière fois de notre douloureuse sympathie ; je ne serai que l'interprète de beaucoup d'entre vous, je ne ferai que résonner un écho, mais ce sera un hommage rendu à l'ami si regretté.

» Nature d'artiste, prompt à s'enthousiasmer, Juhel Rénoy avait le culte du beau et du bien ; c'était un chercheur et il mettait la même ardeur à trouver et à résoudre un problème médical qu'à découvrir un objet d'art dont il espérait devenir l'heureux possesseur. Travailleur infatigable, il avait produit des travaux d'une valeur réelle; les deux principaux, le traité d'ontologie et le traitement de la fièvre typhoïde, prouvent combien il était animé du désir d'être utile aux autres; dans l'un, il prend par la main le jeune médecin, il l'initie à toutes les difficultés de sa vie nouvelle ; il lui montre ses devoirs professionnels et lui indique le chemin qu'il doit suivre pour être un médecin respectable et respecté ; — dans l'autre il préconise le moyen qui lui a paru le meilleur pour diminuer la mortalité de la fièvre typhoïde, il se fait l'apôtre de la méthode *du traitement par le bain froid*; il paie de son temps, de sa personne et de sa bourse pour démontrer la supériorité de cette méthode; chacun de nous se rappelle ses publications diverses, ses communications et ses discussions à la Société médicale des Hôpitaux. Quelle chaleur, quelle verve, quels bataillons d'arguments et de chiffres il mettait au service de ses convictions ! Le succès a repondu à tant d'efforts et on peut dire que, plus que tout autre, il a contribué à faire adopter en France une méthode de traitement qui est la meilleure.

» Pourquoi faut-il que par une amère ironie du sort, il ait succombé aux atteintes de la maladie qu'il avait tant combattue et malgré l'emploi du traitement qu'il avait tant préconisé ?

» Chargé, depuis quelques mois, d'un important service à l'hôpital Cochin, Juhel-Rénoy s'était lancé avec ardeur dans la voie de l'enseignement clinique, les élèves accouraient à ses leçons, la Faculté allait le désigner comme professeur adjoint ; il commençait à écrire un véritable traité des maladies du cœur ; il méditait d'autres travaux ; on peut affirmer qu'il aurait beaucoup produit si la vie lui avait été laissée ; mais, hélas ! cette noble ardeur au travail avait un côté dangereux : Juhel-Rénoy se surmenait, il usait sa résistance ; quand la maladie est venue, elle s'est installée en maîtresse souveraine et l'a accablé dès le premier jour; il est tombé sur un champ de bataille qui a sa grandeur !

» Cœur aimant et loyal, ami dévoué, fils modèle, époux et père accomplis, Juhel-Rénoy attirait à lui toutes les sympathies, tous les cœurs: il jouissait d'un intérieur plein de charmes, ses malades l'aimaient et l'appréciaient ; l'avenir lui semblait beau, tout lui souriait, il était heureux, quand une maladie impitoyable est venue le frapper ; maîtres, amis, élèves sont accourus pour le défendre ; pendant sept jours et sept nuits, la lutte a été acharnée. Efforts inutiles, peine perdue, il a fallu s'incliner devant la violence d'un mal qui ne s'est jamais atténuée. Cette existence si jeune encore, si pleine d'espérances et de promesses était à jamais brisée ! Versons des larmes, disons à sa mère vénérée, à sa femme adorée notre sympathie la plus vive, donnons à l'ami perdu nos regrets les plus profonds, mais ne lui disons pas un éternel adieu ; la destinée de l'homme ne finit pas dans la mort; les nobles âmes comme la vôtre, mon bon et cher ami, les cœurs d'or comme celui que vous m'avez montré, ne meurent pas à jamais ; il est un souverain Juge qui les reçoit et les récompense; je ne vous dis donc pas adieu, mais au revoir, s'il plait à Dieu ! »

Discours de M. Rendu.

« Je viens, au nom de la Société médicale des hôpitaux, dire un dernier adieu à mon excellent collègue Juhel Rénoy.

» Qui eût pu le croire, il y a quinze jours, quand nous l'entendions prendre part à nos discussions, avec l'autorité de son esprit si net et de sa parole si brillante, qu'une pareille catastrophe était à la veille d'éclater, que ce robuste et vaillant travailleur allait nous quitter à jamais, que cette belle intelligence allait s'éteindre!

» Il avait tout pour lui! Une puissance de travail presque indéfinie, la précision et l'élégance dans la forme, un jugement excellent, une plume alerte et facile — un caractère charmant qui lui gagnait tout le monde — une droiture, une indépendance d'esprit qui commandait l'estime et le respect.

» Il avait conquis de haute lutte, par une série de concours qui avaient été autant de victoires, la situation médicale la plus enviée; il moissonnait largement, à l'âge où tant d'autres débutent à peine. Sa notoriété scientifique s'affirmait de jour en jour; c'était déjà un maître dont l'enseignement et les écrits s'étaient imposés : il faisait honneur à la médecine française!

» Huit jours de maladie ont détruit toutes ces espérances! Juhel Rénoy meurt victime de son ardent dévouement à la science, frappé précisément par la maladie qu'il nous a, mieux que personne, appris à connaître, et, dans une large mesure, à guérir. Jusqu'au

dernier jour, il est resté debout, faisant face aux exigences multiples d'un service hospitalier considérable, d'une clientèle nombreuse, menant de front le travail de laboratoire et les devoirs professionnels ; surmenage excessif qui l'a livré sans résistance à l'invasion du mal.

» Courte a été sa carrière, mais longue sera sa mémoire. Aucun de tes collègues, cher ami, ne perdra le souvenir de ta brillante intelligence, et surtout de ton excellent cœur ; tous ceux qui t'ont connu garderont à tout jamais dans leur âme le culte de l'ami fidèle et distingué, dont le dévouement était si sûr et ne comptait jamais ; tu resteras pour nous le type achevé du médecin, dans l'acception la plus haute de l'honnêteté professionnelle. Dieu ne t'a pas donné une longue existence, mais tu l'as bien remplie ; tu laisses à ta famille le plus beau des héritages : des travaux scientifiques de premier ordre et un nom sans tache ! »

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 2 AU 7 AVRIL 1894

A. — EXAMENS

Lundi 2. — *Dissection* : MM. Nicaise, Delbet, Poirier. — *Physiologie* : MM. Fournier, Déjerine. Retterer. — *Pathologie externe* : MM. Lejars, Jalaguier, Varnier. — *Pathologie interne* : MM. Strauss, Chauffard, Gaucher.

Mardi 3. — *Dissection* : MM. Rémy, Quénu, Poirier. — *Physiologie* : MM. Mathias-Duval, Chantemesse, Roger. — *Pathologie interne* : MM. Dieulafoy, Ballet, Ménétrier. — *Clinique chirurgicale* (Charité) : MM. Panas, Richelot, Albarran. — *Clinique médicale* (Charité) : MM. Grancher, Marfau, Letulle.

Mercredi 4. — *Dissection* : MM. Ricard, Sébileau. — Poirier. — *Pathologie externe* : MM. Nicaise, Lejars, Varnier. — *Pathologie interne* : MM. Potain, Fournier, Brissaud.

Jeudi 5. — *Dissection* : MM. Humbert, Schwartz, Poirier. — *Pathologie interne* : Dieulafoy, Chantemesse, Letulle. — *Thérapeutique et médecine légale* : MM. Laboulbène, Pouchet, Netter.

Vendredi 6. — *Dissection* : MM. Lejars, Tuffier, Poirier. — *Pathologie externe* : MM. Ricard, Jalaguier, Varnier. — *Clinique chirurgicale* (Charité) : MM. Tillaux, Nicaise, Delbet. — *Clinique médicale* (Charité 1re série) : MM. Brissaud, Déjerine, Marie. — *Clinique médicale* (Charité 2e série) : MM. Landouzy, Chauffard, Gaucher.

Samedi 7. — *Dissection* : MM. Rémy, Quénu, Poirier. — *Pathologie externe* MM. Tarnier, Humbert, Schwartz. — *Clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu 1re série) : MM. Panas, Quénu, Brun. — *Clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu 2e série) : MM. Joffroy, Marfau, Chantemesse.

B. — THÈSES

Mercredi 4. — *M. Guinochet*. — Epuration, filtration, stérilisation des eaux potables. — *M. Moissy*. — Quelques considérations sur les propriétés cliniques des badigeonnages de gaïacol. — *M. Bidault*. — De la contusion rénale et de son traitement.

Jeudi 5. — *M. Mignon*. — Des blessures de la vulve au point de vue médico-légal. — *M. Pouchin*. — Bromure d'éthyle. — *M. Mignon*. — Quelques considérations sur le traitement de l'hypertrophie de la prostate. — *M. Payran*. — De la rupture artificielle des membranes dans les cas d'hémorragies liées à l'insertion vicieuse du placenta. — *M. Chamberlain*. — Contribution à l'étude de la maladie de Basedow, et en particulier de sa pathogénie et de son traitement. — *M. Bourigault*. — Essai sur les résultats de l'intervention chirurgicale (grandes opérations) dans les tuberculoses internes.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Le concours du bureau central de chirurgie.

Le concours, pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris, a commencé lundi dernier. Voici la question qui a été donnée à l'épreuve écrite : *Ombilic et hernie ombilicale de l'adulte.*

Chaire de clinique des maladies nerveuses.

Les candidats présentés par la Faculté de médecine, pour la chaire de clinique des maladies nerveuses, sont :

En première ligne, M. Raymond ; en deuxième ligne, M. Déjerine ; en troisième ligne, M. Brissaud.

La revaccination chez les enfants.

A quel âge convient-il de revacciner les enfants ? Les Allemands répondent : à treize ans, et cet âge est pour eux l'âge maxima établi par la loi. Il résulte des observations faites par M. Paul Raymond sur les enfants des écoles de la ville de Paris qu'il est prudent de ne pas attendre si longtemps et qu'il convient de revacciner les enfants à l'âge de sept ans.

Banquet annuel de l'Internat.

Le banquet annuel de l'Internat des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 31 mars, à 7 heures, au restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, et sera présidé par M. le professeur Spilmann de Nancy.

Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris.

L'assemblée générale de l'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 31 mars, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Le Dr Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra à sa clinique, 52, rue Jacob, son cours *public* et *gratuit* sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, le mardi 9 avril, à trois heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Examen des malades et opérations à partir de 3 heures et demie. On s'inscrit à la clinique les mêmes jours, de 3 heures à 5 heures.

Congrès de Rome.

Le ministre de l'instruction publique vient d'arrêter ainsi qu'il suit la délégation qui représentera la France au congrès de Rome :

M. Bouchard ;

M. Baudouin, secrétaire général du comité français du congrès ;

M. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine ;

MM. Charpentier, Chauveau, Cornil, Guriel, Pinard, Proust, membres de l'Académie de médecine ;

MM. Decori, avocat à Paris, membre de la Société de Médecine légale ; Gellé, président de la Société d'Otologie et de Laryngologie de Paris ;

MM. Richet et Gilbert, de la Faculté de Médecine de Paris ;

M. Vignes, secrétaire de la Société d'Ophthalmologie de Paris.

Le congrès commencera le 29 mars.

NOTES D'ANATOMIE, DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE

LE SYSTÈME CAPILLAIRE SANGUIN

Anatomie.

A. Les vaisseaux et les réseaux capillaires :

1° Définition. — Système de vaisseaux ténus intermédiaires aux artères et aux veines ; mais cette définition très générale est insuffisante ; en effet, à côté de ce *système capillaire type*, existe le *système capillaire porte*, dans lequel on voit une artère ou bien une veine s'épanouir en réseau et se reconstituer ensuite en un tronc unique de même nature. Le système capillaire porte est dit *veineux* quand une veine se capillarise et se reconstitue (ainsi l'appareil porte du foie), et *artériel* quand une artère se capillarise et se reconstitue (ainsi l'appareil porte du rein).

2° Qu'est-ce qu'un capillaire sanguin? Plusieurs opinions :

α. Pour les uns (Robin), trois variétés de capillaires : la première possède trois tuniques (musculaire, fibreuse, endothéliale) ; la seconde, deux tuniques (fibreuse, endothéliale) ; la troisième, une tunique (endothéliale).

β. Pour d'autres, dès qu'une artère a perdu ses fibres musculaires, elle est un vaisseau capillaire. Donc, deux classes de capillaires : la première à double paroi (conjonctivo-endothéliale) ; la seconde à une paroi (endothéliale).

γ. Pour les autres (Virchow, Kolliker, Ranvier), le vaisseau capillaire n'a qu'une paroi endothéliale ; dès que l'endothélium se couvre de tissu conjonctif ou musculaire, le capillaire devient une artère ou bien une veine.

Cette dernière opinion est celle qu'il faut accepter.

3° Dimensions. — Les plus petits ont quatre μ ; les plus gros quinze μ ; les globules du sang ayant sept μ, des auteurs ont admis (Hyrtl) qu'il existe des vaisseaux où circule seul le sérum du sang. Hypothèse invraisemblable et inutile, l'élasticité des globules leur permettant de s'adapter au calibre de vaisseaux moins larges qu'eux ; ainsi donc les *vasa serosa* n'existent pas ;

4° Rapports. — Les capillaires sont plongés au milieu des différents organes, où ils se disposent en réseaux. Il faut donc étudier : *a*) les lois qui régissent la disposition d'un capillaire envisagé en lui-même ; *b*) les lois qui régissent la disposition des réseaux capillaires.

A. Le capillaire envisagé en lui-même.

Première loi. Aucun élément anatomique (cellule ou fibre) n'est traversé par un capillaire. — *Deuxième loi.* Aucune unité anatomique formée par un groupe d'éléments anatomiques (faisceau primitif des nerfs et des muscles) n'est traversée par un capillaire. — *Troisième loi.* Aucun élément anatomique n'est en contact direct avec les capillaires. Entre le vaisseau et l'organe il y a toujours quelque chose, et ce quelque chose c'est du tissu conjonctif sous une de ses formes variées : ici, un espace lymphatique comme dans le cerveau ; là, du tissu conjonctif fasciculé lâche comme dans le muscle ; ailleurs, enfin, du tissu réticulé comme dans le ganglion lymphatique et l'intestin. Dans les lacunes de ce tissu conjonctif circule la lymphe ; le sang est donc toujours séparé de nos tissus par une couche de lymphe ; ce n'est donc pas de lui mais d'elle qu'il convient de dire qu'elle est *le vrai milieu intérieur nourricier de nos organes.* — *Quatrième loi.* Le capillaire adapte sa forme à la nature de l'organe qu'il vascularise ; tels les capillaires des organes érectiles (gland) et des organes à volume changeant (utérus), deviennent hélicoïdaux ; tels les capillaires des muscles à contraction rapide s'enflent en une sorte de petit réservoir anérysmal pour irriguer en tout temps la fibre qui ne reçoit pas de sang nouveau pendant la période contractile.

B. Les réseaux capillaires.

Première loi. La forme du réseau dépend de la forme et de la fonction de l'organe ; cinq types principaux se présentent : le type en *réseau*, le type en *pinceau*, le type en *anse*, le type en *peloton*, le type en *cercle*, le type en *bouquet*.

α Réseau. — La forme réticulaire des anastomoses capillaires est elle-même très variable et en rapport avec la texture de l'organe au sein duquel chemine le vaisseau.

Ainsi, les mailles en sont *arrondies* dans les culs-de-sac glandulaires et tout autour des vésicules adipeuses ; *polygonales* dans le foie, à la façon des lobules ; *allongées* dans les muscles et dans les os ; *écartées* et *lâches* dans les tissus peu vasculaires comme les tendons et les fibres conjonctives ; *rectangulaires* dans la peau, les muqueuses, etc.

β Pinceau. — La disposition pénicillée appartient surtout aux artères du cerveau ; il naît de l'artériole un vrai *chevelu capillaire.*

γ Anse. — Les anses se rencontrent dans le système papillaire ; ainsi les papilles du derme, les villosités intestinales sont parcourues par des capillaires ansiformes.

δ Peloton. — Le peloton ne s'observe guère qu'aux endroits où il a fallu amasser dans le plus petit espace possible la plus grande longueur possible de vaisseaux (glomérule du rein).

ε. Cercle. — Le cercle, enfin, représente une disposition rare mais intéressante ; on le voit tout autour des organes qui sont privés de capillaires ; il y a là une réserve de sang pour les tissus qui se nourrissent par imbibition aux dépens des organes voisins (cercle périkératique, cercle péricartilagineux).

Deuxième loi. La seconde loi qui préside à la disposition générale des réseaux capillaires est celle-ci : le volume du capillaire est d'autant plus gros que la fonction de l'organe est plus importante.

Troisième loi. La largeur des mailles ne dépend pas du calibre plus ou moins considérable des vaisseaux, mais bien de leur degré de replétion ; à preuve, le réseau de l'estomac, de l'intestin, et celui des glandes dont les mailles sont toujours beaucoup plus serrées pendant la période d'activité secrétoire.

ζ. Bouquet. — Disposition assez rare. S'observe à la pulpe des doigts et à la plante du pied ; il existe là un vrai épanouissement, en dehors de l'artériole, de gros vaisseaux capillaires qui viennent, après un court trajet, déboucher dans une veinule, formant ainsi une sorte de matelas, de semelle élastique dont la forme et l'importance sont réglées sur la double nécessité qu'il y a, pour ces régions, d'être bien protégées et bien réchauffées en raison de leur éloignement du cœur.

B. Rapports des capillaires sanguins avec les artères, les veines et les lymphatiques.

1° Continuité des artères et des capillaires. — Pour devenir capillaire, une artériole perd ses tuniques externe et musculaire, mais ne change pas de forme ; transition insensible ; volume diminue graduellement.

2° Continuité des veines et des capillaires. — Au contraire la veine, avant de devenir capillaire, se renfle en une petite ampoule.

Cette histoire de la continuité des vaisseaux capillaires soulève la question des fameux *vaisseaux dérivatifs.* En 1850, Hoyer décrit au pied, à la main, au genou, des vaisseaux établissant une communication directe entre artères et veines. En 1876, Hoyer, faisant une injection dans l'artère bronchique constate que la matière passe dans l'artère pulmonaire sans entrer dans les rameaux des veines bronchiques ou pulmonaires ; il en conclut que, d'une part, l'injection n'a pas dépassé les vaisseaux capillaires et que, d'autre part, la communication s'est établie par des conducteurs directs. Sappey et Vulpian constatent que de l'eau tenant en suspension de la poudre de lycopode ne passe pas

des artères dans les veines; aussi nient-ils l'existence des vaisseaux dérivatifs. Le dernier mot n'est pas dit sur cette question. Comme le fait très judicieusement observer Quénu, la dilatation excessive des capillaires néo-formés, dans les angiômes, réalise l'hypothèse des *vaisseaux dérivatifs*. Nous reviendrons sur ces faits à propos de la physiologie.

3° **Continuité des capillaires sanguins et lymphatiques.** — Julius Arnold, à la suite d'examens microscopiques, M. Sappey d'après quelques observations physiologiques, admettent la continuité des capillaires sanguins et lymphatiques; il y aurait entre eux deux, d'après J. Arnold, un système intermédiaire de cellules étoilées, creuses, anastomosées. Recherches de M. Ranvier et de ses élèves ont montré qu'il y avait là erreur due à diffusion des matières injectées dans les vaisseaux.

C. Structure des capillaires.

1° **Opinion ancienne.** — Le capillaire était formé par membrane hyaline, résistante, à double contour, parsemée de noyaux avec granulations en divers points de la paroi.

2° **Opinion actuelle.**

A. Endothélium. — Par la nitratation, on a appris que le capillaire est formé d'une couche de cellules endothéliales adjacentes, à bords irréguliers, et dentelés, avec noyau orienté suivant le grand axe du capillaire, et pourvues d'un protoplasma périnucléaire peu abondant. Si le capillaire est petit, une cellule peut suffire pour faire le tour du vaisseau; c'est ce qui avait fait croire à certains micrographes que les capillaires étaient *intracellulaires*. Erreur; l'endothélium est un simple placage; le capillaire est *intercellulaire*. Sur certains points de cet endothélium apparaissent des espaces clairs (stomates, stigmates, segments intercalaires d'Auerbach). Les uns sont la trace provisoire du passage de globules blancs diapédisés; ils ne sont donc pas préformés. Les autres sont des points où le nitrate ne s'est pas déposé; ils sont donc artificiellement produits. Les autres, enfin, sont des coagulums albumineux le long de la paroi vasculaire; ils sont donc aussi le résultat de la méthode technique.

B. Périthélium. — Autour de l'endothélium existe une sorte de gaine ténue, d'étui protecteur découvert par Chronzewski, sur la nature duquel plusieurs opinions ont été émises: 1° Membrane homogène à noyaux; 2° Pellicule anhyste (Kolliker); 3° Tissu conjonctif réticulé (Frey); 4° Cellules de tissu conjonctif anastomosées (Hébert). Cette gaine, c'est le *Périthélium de Hébert*; c'est une mince lamelle de tissu conjonctif peu différencié.

Telle est la structure du capillaire. Rouget en donne une interprétation spéciale et intéressante. Pour cet auteur, les *cellules endothéliales* seraient de grosses cellules de protoplasma sans enveloppe; le protoplasma, refoulé à la périphérie de la cellule par le liquide dont est gorgé le noyau, donnerait seul l'apparence d'une cuticule enveloppante. On ne peut s'empêcher de rapprocher ces recherches, qui datent de quelques années déjà, de celles que MM. Cornil et Hortolès ont faites plus récemment sur l'endothélium des vaisseaux glomérulaires du rein. Là, les cellules, dans leur ensemble, se présentent comme une sorte d'amas protoplasmique plus ou moins saillant dans la cavité du vaisseau. Cette disposition se rencontre encore dans les vaisseaux intralobulaires du foie, et aussi dans les vaisseaux de l'embryon où les cellules, accumulées les unes contre les autres, ne sont pas différenciées en éléments séparés les uns des autres et engainés par une enveloppe. Il y a, sans doute, en tout cela, une affaire d'adaptation de l'endothélium à la fonction; peut-être, le protoplasma du vernis cellulaire intra-vasculaire, en raison de ce fait qu'il tient sous sa dépendance la contraction des petits vaisseaux, s'enrichit-il surtout là où la présence d'un système porte et les besoins d'une excrétion de sérum (rein-foie) donnent plus d'importance au pouvoir contractile des capillaires. En ce qui concerne le *périthélium*, Rouget le considère comme une membrane amorphe au milieu de laquelle existe un véritable réseau de ramifications cellulaires. Cette membrane proviendrait, non pas des cellules de la substance conjonctive voisine s'appliquant sur les capillaires, mais bien de globules blancs diapédisés qui se transformeraient successivement en globules noirs et en cellules de pigment entourant le vaisseau d'une gaine adventice.

Le capillaire ne reçoit, naturellement, ni vaisseaux ni nerfs; il se nourrit par imbibition aux dépens du sang qui circule dans sa cavité.

D. Développement des capillaires :

A la vingt-quatrième heure de l'incubation du poulet, on voit, au niveau de la *zône pellucide*, le mésoderme se différencier en petits îlots arrondis, anguleux, jaunâtres: ce sont les *îlots sanguins*. Là naissent les premiers linéaments des vaisseaux. — *Première opinion :* ceux-ci sont formés (Klein) par des cellules vésiculeuses s'ouvrant les unes dans les autres. — *Deuxième opinion :* ils sont formés par des cordons protoplasmiques pleins (His, Kolliker) qui se creuseraient ensuite d'une cavité. Dans un cas comme dans l'autre, l'enveloppe de la cellule ou du cordon plein formerait la paroi du capillaire, et le noyau segmenté donnerait naissance aux globules du sang.

Mais ce développement des capillaires de l'embryon est moins bien connu que celui des vaisseaux qui naissent plus tard, sous des influences diverses, au sein de l'économie. Il paraît y avoir deux modes de néoformation vasculaire. *Premier mode :* Le capillaire émane de vaisseaux antérieurement formés (Robin, Rouget); ceux-ci s'avancent par une sorte de prolongement de la substance protoplasmique; ce prolongement, c'est la *pointe de Golubew* qui devient un nouveau vaisseau. — *Deuxième mode :* Le capillaire a une formation autogénique; il naît sur place par une sorte de différenciation du tissu conjonctif dont les cellules prennent une disposition particulière (Kolliker, Ranvier); cette disposition leur a fait donner le nom de *cellules vaso-formatives* par Ranvier et de *cellules épithélioïdes* par Ziegler. Ainsi, d'après cette genèse, l'accroissement des capillaires, dans l'évolution de l'individu, ne différerait pas de leur formation chez l'embryon. Quénu, qui a si scrupuleusement et si heureusement étudié la structure des angiômes, observe que ce double processus exogénique et autogénique doit exister, mais que la constatation en est très difficile à faire; dans les sarcômes angioplastiques, le processus vaso-formateur a été très nettement observé.

(*La physiologie au prochain numéro*). X. Y.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie Schiller, 10, rue du Faubourg-Montmartre.

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 13 — 31 Mars 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL COCHIN. — M. E. QUÉNU

Les suppurations péri-recto-anales.

PREMIÈRE LEÇON

Les suppurations qui se développent autour de l'anus et du rectum sont maladie courante; les fistules qu'elles engendrent représentaient, au dire d'Allingham, le quart des maladies du rectum. Personnellement, je tiens ce chiffre pour un peu élevé; réduisez, avec moi, la proportion au sixième; c'est celle qu'admettent la plupart des auteurs et celle que justifie le dénombrement des malades soignés dans mon service depuis plusieurs mois. Presque deux abcès ou fistules pour dix maladies du rectum ou de l'anus! n'est-ce pas là une justification de l'importance que j'attache à la pathogénie et à la thérapeutique de ces suppurations péri-rectales, à l'étude desquelles j'ai souvent essayé de vous intéresser, mais dont je veux vous tracer en plusieurs leçons l'histoire complète?

Il importe, avant tout, de vous rappeler, en quelques mots, la topographie de la région ano-rectale. Vous savez que le rectum descend sur la face antérieure du sacrum et débouche en avant du coccyx; en ce point, la muqueuse du tube digestif et le revêtement cutané sont continus.

Les parois du rectum, comme celles de tout l'intestin, sont formées de deux couches superposées; ce sont, de l'intérieur vers l'extérieur, la muqueuse avec son épithélium et son chorion et la tunique musculaire lisse avec ses fibres circulaires et ses fibres longitudinales. Mais au point où le rectum, ayant franchi la pointe du coccyx, abandonne le petit bassin et pénètre dans le périnée, les fibres circulaires se condensent, s'épaississent et forment à la muqueuse comme une bague contractile : c'est le *sphincter interne*. En dehors de ce sphincter interne, des faisceaux musculaires striés viennent s'appliquer, beaucoup plus épais et plus puissants, qui s'orientent en anneau autour de lui et constituent le *sphincter externe*. Voyez maintenant se détacher des parois pelviennes, puis rayonner de haut en bas et de dehors en dedans vers le plancher du périnée, un muscle large, véritable entonnoir à concavité supérieure, qui vient concentrer ses fibres tout autour du segment terminal du rectum, et dont les faisceaux inférieurs, contigus aux faisceaux les plus élevés du sphincter externe, forment comme un troisième cercle musculaire embrassant les deux premiers. Remarquez bien comme ce releveur de l'anus et ce sphincter externe entrent en rapport; les bords par lesquels ils se mettent en contact se confondent, se fusionnent, sauf en avant du rectum, où il existe, entre l'un et l'autre, un petit espace triangulaire comblé par du tissu cellulaire lâche; il y a là un point faible, un défaut de cuirasse pour le rectum, et c'est par lui que souvent le pus formé dans la fosse ischio-rectale pénètre dans l'intérieur du rectum. Toute la portion du rectum qui est située au-dessus du releveur de l'anus constitue le rectum proprement dit; c'est la plus longue : celle qui est au-dessous porte le nom de conduit anal; c'est à cette dernière, qui a une longueur de trois centimètres environ, qu'est adapté l'appareil sphinctérien dont je vous ai parlé.

Mais ce n'est pas tout; entre le rectum et l'anus d'une part, et les parois pelviennes de l'autre, existe une grande cavité qui est comblée par de la graisse; cette cavité est clivée par le releveur de l'anus qui la divise en deux étages. L'étage inférieur est péri-anal; il s'étend entre la peau et le releveur : c'est l'espace pelvi-rectal inférieur, le creux ischio-anal. L'étage supérieur est péri-rectal; il s'étend entre le releveur de l'anus et le péritoine; c'est l'espace pelvi-rectal supérieur.

La graisse qui comble la cavité ischio-anale est comme établie sur une charpente conjonctive qui en consolide la masse. Cette charpente est formée par une toile celluleuse qui se détache de l'aponévrose recouvrant l'obturateur interne et se divise en plusieurs lames qui pénètrent dans l'intérieur de la graisse péri-anale et y forment autant de véritables cloisons de soutien. C'est cette aponévrose que les auteurs décrivent sous le nom de feuillet inférieur de la gaine du releveur de l'anus; cette conception est erronée; l'aponévrose n'est point appliquée directement sur la face inférieure du muscle,

Le tissu cellulaire qui remplit l'espace pelvi-rectal supérieur, offre une distribution très-intéressante : le péritoine, venu de la vessie, chez l'homme, et de l'utérus, chez la femme, tapisse une petite étendue de la face antérieure du rectum, le long de laquelle il monte, puis en embrasse ses faces latérales et va former, en arrière de lui, un repli à double feuillet, nommé méso-rectum, qui le suspend au-devant du sacrum. Le tissu cellulaire sous-péritonéal occupe donc, comme vous le voyez, deux régions : l'une est postérieure et forme l'espace méso-rectal ou rétro-rectal ; l'autre est antéro-bi-latérale et forme l'espace péri-rectal ; la première est située entre les deux feuillets du méso-rectum; la seconde s'étend entre l'aponévrose du releveur et le péritoine. Cette division n'est pas arbitraire; mes recherches, faites en collaboration avec Hartmann, m'ont démontré que ces deux loges ne sont pas en communication facile et qu'il importe de ne plus considérer l'espace méso-rectal comme un simple diverticule de l'espace pelvi-rectal supérieur, ainsi que le font Richet dans son excellent traité d'anatomie et mon collègue Pozzi dans sa thèse.

Soit qu'on procède par décollement en séparant l'un de l'autre les deux feuillets du méso-rectum, soit qu'on étudie la diffusion du suif injecté dans le tissu cellulaire qu'ils contiennent, soit qu'on étudie des coupes sur des sujets congelés, on peut toujours se rendre compte qu'il y a, entre l'espace méso-rectal et l'espace pré-latéro-rectal, une barrière conjonctive difficile à franchir. Cette barrière, que respectent ordinairement les suppurations, est formée par une lame dense de tissu cellulaire, une sorte de feutrage épais qui, des parois pelviennes où il naît, accompagne vers les viscères, les branches de l'artère iliaque interne. C'est là, vraiment, la gaîne des vaisseaux hypogastriques, un vrai méso-vasculaire capable de jouer, en pathologie, dans l'évolution des cellulites pelviennes, un rôle considérable.

Le rectum possède un double pédicule vasculaire; l'anus en possède un. Au rectum appartiennent les artères, les veines et les lymphatiques hémorrhoïdaux supérieurs qui cheminent les uns et les autres dans l'espace méso-rectal. Au rectum appartiennent encore les artères, les veines et les lymphatiques hémorrhoïdaux moyens qui traversent le tissu cellulaire de l'espace pré-latéro-rectal. A l'anus, enfin, appartiennent les artères, les veines et les lymphatiques hémorrhoïdaux inférieurs qui sont situés dans le creux ischio-anal. La disposition de l'appareil vasculaire de l'anus et du rectum légitime, comme vous le voyez, la division que j'ai établie dans l'atmosphère cellulaire péri-ano-rectale; pour trois pédicules vasculaires il y a trois loges, et pour trois loges il y a trois grandes variétés de collections purulentes. Je ne veux point refaire ici devant vous l'étude des éléments qui composent chacun de ces pédicules vasculaires; mais il importe que je vous rappelle la disposition des lymphatiques, car bientôt vous tiendrez, je pense, pour certain que la plupart des suppurations péri-rectales doivent être rangées dans la grande classe des adéno-phlegmons et des péri-lymphangites. Les lymphatiques hémorrhoïdaux sont situés, je vous le répète, dans l'espace méso-rectal ; ils aboutissent aux ganglions du méso-rectum. Les lymphatiques hémorrhoïdaux moyens, dont mes recherches ont établi l'existence et fait connaître la topographie exacte, cheminent dans le tissu cellulaire pré-latéro-rectal, en longeant les vaisseaux sanguins homonymes et se terminent aux ganglions pelviens. Les lymphatiques hémorrhoïdaux inférieurs, enfin, venus du canal anal, sont tributaires de l'espace pelvi-rectal inférieur et se rendent aux ganglions de l'aine, abordant soit le groupe supérieur, soit le groupe inférieur de ces ganglions. Je les ai scrupuleusement étudiés, ainsi que les précédents, et vous trouverez dans les bulletins de la Société d'anatomie (année 1893) les résultats détaillés de mes recherches.

Parmi ces lymphatiques hémorrhoïdaux inférieurs, il en est un que je tiens à signaler particulièrement à votre attention. C'est un tronc qui se dégage, comme les autres, du réseau sous-sphinctérien, se dirige d'abord en arrière, puis décrit un crochet, revient entre l'anus et l'ischion, traverse d'arrière en avant le creux ischio-rectal, enfoui à une très petite profondeur dans la graisse sous-cutanée, pour gagner enfin le périnée et les ganglions inguinaux.

A chaque pédicule vasculo-lymphatique et, par conséquent, à chaque loge celluleuse correspond une variété de suppuration péri-rectale. Il y a donc : 1° des abcès de l'espace méso-rectal ; 2° des abcès de l'espace pré-latéro-rectal; 3° des abcès du creux ischio-anal. Ce dernier groupe comprend lui-même plusieurs variétés. C'est ainsi qu'on y trouve : *a*) les abcès cutanés (abcès tubéreux), petites suppurations glandulaires; *b*) les abcès sous-cutanés (abcès de la marge de l'anus); *c*) les abcès de la fosse ischio-rectale. Dans l'abcès de la marge de l'anus, la cavité siège tantôt sous le sphincter externe, entre son bord inférieur et la peau, tantôt entre la muqueuse et les tuniques musculaires: de là les variétés *sous-cutanées, sous-muqueuses* ou *sous-cutanéo-muqueuses*, auxquelles M. Reclus a substitué les dénominations de sous-sphinctériennes et d'intra-sphinctériennes, par opposition aux abcès de la fosse ischio-rectale qu'il appelle extra-sphinctériens. J'adopte volontiers cette nomenclature de M. Reclus, parce qu'elle a le mérite de faire immédiatement saisir la topographie essentielle du foyer.

Voici donc, au résumé, comment on peut classer les suppurations péri-ano-rectales :

1° *Abcès péri-anaux :*

- *a*) Abcès cutanés ;
- *b*) Abcès sous-cutanés:
  - α. Sous-sphinctériens ;
  - β. Intra-sphinctériens ;
- *c*) Abcès du creux ischio-anal.

2° *Abcès péri-rectaux :*

- *a*) Abcès de l'espace méso-rectal ;
- *b*) Abcès de l'espace pré-latéro-rectal.

C'est dans cet ordre que nous les étudierons ensemble.

S. P.

QUESTIONS DU JOUR

A propos de l'épidémie de fièvre typhoïde.

L'actualité est à la fièvre typhoïde, qui nous menace d'une agression attestée déjà par l'augmentation quotidienne du nombre des cas signalés dans les hôpitaux. On ne peut donc s'étonner que cette grande maladie occupe

actuellement la place principale dans les préoccupations des hygiénistes et des médecins, c'est-à-dire de ceux qui ont qualité pour juger l'importance de ses ravages et pour décider du choix des moyens les plus propres à limiter sa diffusion. De fait, ce grave sujet a, depuis trois semaines, donné lieu à de nombreuses communications ou articles qui impriment à la question un véritable caractère d'intérêt public et d'urgence.

Qu'il y ait présentement une petite épidémie, et même que celle-ci soit un peu en voie d'accroissement, cela n'est pas douteux, comme on peut s'en assurer par les chiffres qui expriment le nombre des admissions relevées au jour le jour dans les hôpitaux parisiens. Ainsi, le 13 mars dernier, il y avait dans ceux-ci un total de 561 typhiques en traitement, alors que quinze jours auparavant, le 21 février, il n'y en avait encore que 79. Depuis cette dernière date, la progression n'a fait que croître régulièrement, pour arriver au chiffre maximum indiqué plus haut. En présence de cette constatation, la critique n'a pas manqué d'incriminer l'impureté des eaux de boissons, et l'administration a été présentée comme seule responsable d'avoir toléré la distribution d'eau de source contaminée. On devait s'y attendre, étant donnés la faveur dont jouit de nos jours la théorie hydrique de l'étiologie de la fièvre typhoïde et le crédit que cette théorie a su acquérir dans l'esprit public. Cependant la question ne paraît pas aussi tranchée qu'on le suppose bénévolement. En effet, il résulte d'analyses faites à intervalles rapprochés que la présence des bactéries dans l'eau des sources captées et distribuées aux Parisiens n'a subi, dans ces derniers temps, aucune augmentation notable ni même sensible. On avait bien signalé un accroissement dans ce sens pendant la deuxième quinzaine du dernier mois de janvier. Mais il n'y a eu là qu'un fait accidentel, passager, et sans relation chronologique visible avec le début de l'épidémie actuelle, qui n'a commencé que trois semaines plus tard environ.

Cette dernière constatation autoriserait déjà un certain degré de scepticisme en ce qui concerne l'influence et le rôle de l'eau envisagée comme agent propagateur de l'épidémie. On a eu, il est vrai, la ressource d'incriminer ici la *qualité* des bactéries, faute de pouvoir mettre en cause leur augmentation. Mais à quoi reconnaître un pareil caractère, c'est-à-dire le plus ou moins de virulence des éléments microbiens considérés isolément ? Il est évident que nous versons ici dans l'hypothèse pure, que nous posons une question sans solution possible et sans aboutissant. Peut-être vaut-il mieux avouer notre ignorance, et reconnaître qu'il existe encore de nombreuses lacunes dans nos connaissances relatives à l'étiologie des maladies infectieuses, dont la dothiénentérie est le type achevé sous le climat européen. En tous cas, il y a là un avertissement, et pour les autorités compétentes une sorte de mise en demeure d'avoir à serrer de plus en plus près le problème de la prophylaxie par l'institution de mesures réellement préservatrices. La responsabilité qui leur incombe vis-à-vis de la santé publique leur en fait plus que jamais un devoir.

A propos de cette grande question de l'étiologie de la fièvre typhoïde, on pourrait du reste entrer dans des considérations qui la feraient voir sous un jour un peu différent de celui sous lequel on l'a envisagée jusqu'à présent. Hier encore, c'était la théorie microbienne qui y régnait sans conteste, comme elle règne encore pour la plupart des maladies similaires, dites septicémiques ou infectieuses. Cependant on a exprimé récemment quelques doutes au sujet du rôle attribué au bacille d'Eberth, que l'on considérait jusqu'à ce jour comme l'élément spécifique, comme le véritable agent du contage de la fièvre typhoïde. Les partisans de cette dernière opinion invoquent à l'appui des arguments un peu théoriques : ils y voient surtout un moyen de ramener l'étiologie à l'unité et d'avoir par là une explication simple et facile de tous les faits qui s'y rapportent. Mais il y a de nombreuses et sérieuses objections. D'abord il existe un certain désaccord entre les bactériologistes au sujet de l'origine et de la valeur spécifique du bacille d'Eberth. Puis l'on éprouve quelques difficultés à concilier certains faits et certaines circonstances avec les données purement microbiennes. M. Roger, qui a traité récemment ce sujet avec sa compétence habituelle, n'a pas manqué de faire ressortir les valeur des objections. Déjà les médecins militaires avaient protesté à leur manière contre la théorie du jour en faisant l'histoire des épidémies observées par eux. Ils ont fait remarquer avec raison que l'agglomération, la fatigue et le surmenage, la mauvaise qualité de la nourriture avaient dû jouer un rôle considérable, peut-être prépondérant, dans le développement de la maladie. Si cette interprétation est exacte, la théorie microbienne doit logiquement passer au second plan, et peut-être d'aucuns y verront-ils un argument pour la rejeter complètement.

On a formulé aussi des doutes sur la provenance, ou plutôt sur la valeur spécifique du bacille lui-même. Une opinion récente, représentée surtout par MM. Rodet et Roux, tend à mettre en doute cette spécificité, que les premiers historiens de la bactériologie avaient présentée comme un fait incontestable. Ne s'agirait-il pas simplement d'un vulgaire microbe intestinal, auquel des circonstances particulières communiqueraient momentanément une virulence d'emprunt ? Telle est la question que MM. Rodet et Roux se sont posée, sans pouvoir cependant la résoudre. On est porté à croire, en tous cas, que les bactériologistes ont exagéré, pour les besoins de la cause, la valeur des caractères qui devaient, à leurs yeux, faire proclamer la spécificité. De quel côté réside la vérité? Nous devons ajourner la réponse, mais c'est peut-être le cas de rappeler ici que la clinique et l'observation sont d'excellents juges pour résoudre la question et que les données qu'elles fournissent valent bien les déductions abstraites issues des travaux de laboratoire. Cette conclusion, bien entendu, ne devra infirmer en rien l'importance des précautions à prendre, ni infirmer en quoi que ce soit la nécessité des mesures de prophylaxie.

A ce dernier point de vue, le rôle de l'eau, comme agent de propagation de la maladie, nous apparaît une vérité hors de contestation. Il importe de l'affirmer à nouveau, en dépit des objections que l'on pourrait tirer de certains faits d'apparence contradictoire.

D'ailleurs les documents communiqués récemment à l'Académie viennent à l'appui de ceux de MM. Dujardin-Beaumetz, Bucquoy, Vaillard, etc.

D'après ces documents, l'eau des boissons aurait joué un rôle de contamination très actif, ainsi qu'il résulte de l'examen bactériologique, qui a permis de reconnaître dans les sources polluées la présence du bacille du côlon et celle du bacille d'Eberth. Auquel de ces deux éléments microbiens doit-on attribuer l'influence prépondérante? La réponse n'est pas douteuse pour ceux qui admettent que, dans l'espèce, le bacille d'Eberth est seul pourvu de propriétés spécifiques. Mais alors comment expliquer que dans certaines sources on n'ait trouvé que le bacille du côlon, à l'exclusion de son congénère ?

Doit-on admettre que ce bacille partage, avec celui d'Eberth, et à une légère différence de degré près, le fâcheux privilège de créer l'intoxication typhique, peut-être en vertu d'une sorte d'exaltation momentanée de sa

faible virulence naturelle? La chose apparaît comme vraisemblable, même comme probable, et de plus a le mérite de rendre suffisamment compréhensibles certains faits, comme l'apparition de la maladie à la suite du simple curage de fosses d'aisances, dans des localités jusque-là indemnes. Toutefois, ceci n'est que de l'hypothèse, et nous devons nous borner à enregistrer ces constatations, les seules qui nous importent au point de vue de la prophylaxie.

Les règles formulées au nom de celle-ci demeurent tout entières, avec l'obligation de mettre en pratique les mesures préventives que le Comité d'hygiène a si bien indiquées. La stérilisation complète de l'eau des boissons, voilà l'indication fondamentale en laquelle se résument ces mesures que l'on ne saurait trop chercher à faire pénétrer dans les masses populaires, si mal disposées ou si indifférentes toutes les fois qu'il s'agit d'une réforme dont elles n'aperçoivent d'abord clairement ni la portée, ni le but.

P. M.

REVUE GÉNÉRALE

Relations de l'ataxie locomotrice avec la paralysie générale.

par le Dr G. Lemoine, de Lille.

I

L'ataxie locomotrice et la paralysie générale ont été considérées longtemps comme deux affections absolument distinctes, n'ayant entre elles aucun lien pathogénique, et leur coexistence sur un même sujet a passé longtemps inaperçue.

En effet, l'étude de la symptomatologie de l'affection formée par ces deux maladies réunies, envisagée d'abord comme des formes frustes du tabes ou de la paralysie générale, ne date que d'une époque assez récente.

La raison en est d'abord dans le petit nombre des cas de ce genre, puis dans la difficulté de suivre le malade pendant le temps assez long de sa maladie, de déterminer et distinguer nettement les symptômes observés, enfin et surtout dans la rareté des autopsies.

Grisolle, dans son traité de pathologie interne proclamait qu'il y avait incompatibilité entre les deux maladies; d'autre part, Duchenne, Trousseau écrivaient que dans la majorité des cas d'ataxie locomotrice, il n'existait pas de phénomènes cérébraux; aussi considéraient-ils la conservation des facultés intellectuelles et des forces musculaires comme des signes essentiels de la maladie. Cette même intégrité de l'intelligence et des fonctions cérébrales était aussi notée par Trousseau et Axenfeld.

C'est de notre temps seulement que l'existence de phénomènes cérébraux se manifestant dans le cours du tabes, a attiré l'attention des cliniciens: il en est résulté des travaux assez nombreux qui ont montré que les manifestations de la paralysie générale sont loin d'être l'exception dans l'ataxie.

Puis les examens nécropsiques et les recherches histologiques sont venus révéler les relations qui existent entre ces deux maladies, et ont fait surgir l'hypothèse de deux affections reconnaissant une pathogénie identique, et pouvant coexister ou se succéder sur un même sujet.

La première observation dans laquelle on retrouve notés des accidents cérébraux dans le cours du tabes, est due à Horn; elle est ainsi rapportée par Jaccoud (1) « en 1833, E. Horn publiait dans ses archives, l'histoire d'un ataxique qui succomba après treize ans de maladie : douleurs rhumatismales dans les membres, perte de l'équilibre du corps, démarche difficile, oscillante, secousses convulsives dans les membres inférieurs, impossibilité presque absolue d'écrire, amblyopie, vertiges, rien n'y manque (page 567). Le malade était atteint de tabes dorsualis depuis huit ans, quand il fut pris d'hallucinations, de délire exalté, d'embarras de la parole, de paralysie des sphincters, et enfin d'aliénation complète; plus tard, les quatre membres furent paralysés, la démence remplaça l'excitation première, et la mort survint quatre ans après l'invasion des désordres intellectuels, et treize ans après l'apparition des symptômes spinaux. » Le résultat de l'autopsie à l'œil me montra une « atrophie de la moelle dans toute sa longueur, avec ramollissement dans la région dorsale, atrophie des bandelettes, du chiasma et des cordons des nerfs optiques, coloration rouge brunâtre de la substance cérébrale, hypérémie des méninges cérébrales et épanchement de sérosité dans leur intervalle (page 625) ».

Dans cette observation, Horn parle d'aliénation mentale et de démence, mais il ne note aucun autre symptôme de paralysie générale; aussi la coexistence de cette affection est-elle contestée par Baillarger (1).

M. Garnier (2) formule la même critique et attribue à Calmeil l'honneur d'avoir, le premier, mis en relief l'association des deux maladies. Calmeil, dans son traité des maladies inflammatoires du cerveau, cite le cas d'un ataxique chez qui il nota le trouble des facultés intellectuelles, l'embarras de la parole et les symptômes musculaires de la paralysie générale; et il ajoute : « Dans cette observation, l'invasion de la périencéphalite diffuse aiguë a été précédée d'une myélite chronique. »

Plus tard, Baillarger qui, auparavant, avait publié deux cas de paralysie générale consécutifs à l'ataxie, sous le titre « d'hypertrophie grise de la moelle », reprit, en 1862, l'étude des rapports de ces deux affections, au point de vue clinique, en s'appuyant sur cinq observations résumées dans un mémoire malheureusement inachevé.

Vers la même époque, l'observation de nouveaux cas suscite les travaux de Dujardin-Beaumetz (th. Paris 1862) qui apporte une observation nouvelle.

On en retrouve trois autres publiés par Westphal, dont deux avec autopsie (3); Eisenmann, de son côté, relatait deux cas où Turck avait trouvé à l'autopsie « la dégénérescence grise des faisceaux postérieurs et une adhérence des membranes avec la face supérieure du cerveau, chez des individus qui avaient présenté pendant leur vie, outre les les signes du tabes, une altération mentale très prononcée » (4).

Le nombre des cas signalés ne dépassait pas douze : depuis lors, les travaux se sont multipliés. Citons les mémoires de Carre (1865), de Foville (1872), de Rey (1875), et la discussion de la Société médico-psychologique en 1872. En Angleterre, des observations ont été étudiées par Mickle, Bewan Lewis et Plaxton; en Allemagne, par Westphal. En France, Masson publie une thèse sur ce sujet, et y joint deux observations nouvelles; Baillarger reprend l'étude de cette question en 1883.

Enfin, en 1892, à l'occasion de deux cas observés par

(1) Jaccoud : *Les paraplégies et l'ataxie du mouvement*. 1864.

(1) Baillarger : *Des rapports de l'ataxie locomotrice avec la paralysie générale*. 1873.

(2) S. Garnier : *Des rapports de l'ataxie locomotrice avec la paralysie générale* 1883.

(3) Observations citées par Masson (Thèse, Paris. 1879.)

(4) Eisenmann : *Die Bewegungs Ataxie*. Vienne. 1863.

M. Raymond, et de deux autres relatés par M. Rendu, la Société médicale des hôpitaux de Paris à consacré plusieurs séances à l'étude des rapports de la paralysie générale et du tabes.

Quelque temps après, M. Garnier, dans un mémoire sur les rapports de ces deux maladies (prix de la Société médico-psychologique) a publié un travail d'ensemble sur cette question, en s'appuyant sur trente-huit observations recueillies dans les travaux antérieurs des différents auteurs, et en y ajoutant trois personnelles. Ce travail est des plus complets, et j'y ai largement puisé.

Enfin, en 1893, fut soutenue à Lille une thèse sur le même sujet par M. Gaudier, interne des hôpitaux, thèse qui fut faite sous ma direction.

II

Les observations de malades chez lesquels l'ataxie et la paralysie générale paraissent avoir mélangé leurs symptômes, sont au nombre d'une cinquantaine environ ; mais il en est plusieurs d'entre elles qui ne sont pas fort typiques, et, en définitive, il n'en existe guere qu'une vingtaine de bien nettes. Je ne les citerai pas ici, ce serait allonger ce travail sans intérêt ; je me contenterai de dire quelques mots de deux malades que j'eus l'occasion de suivre et dont les observations communiquées au docteur Gaudier sont publiées dans sa thèse.

Le premier fait a trait à un homme de 45 ans, négociant en grains, arthritique et congestif, ayant, comme les industriels du Nord, beaucoup travaillé et aimé les plaisirs de la table.

Il nous fournit un cas bien net de la coexistence et de l'évolution parallèle de deux ordres de symptômes : ceux de l'ataxie et ceux de la paralysie générale.

Au point de vue clinique, leur association est des plus nettes chez ce malade. Les symptômes de la paralysie générale ou, pour parler plus exactement, de la sclérose méningo-encéphalique, paraissent avoir été les premiers en date : les troubles psychiques et l'embarras de la parole ouvrent la scène ; mais ils sont rapidement suivis de l'apparition des phénomènes ataxiques. On vit, en effet, l'ataxie envahir successivement les membres inférieurs, puis les membres supérieurs, et se caractériser absolument par les mêmes signes que dans le tabes vulgaire. Non seulement il existait chez lui de l'incoordination motrice, mais il offrait encore de la difficulté à se guider dans l'obscurité, à descendre les escaliers, à garder son équilibre, etc., tout comme les vrais ataxiques.

Les deux ordres de phénomènes marchèrent toujours parallèlement, l'aggravation des uns coïncidant avec l'aggravation des autres, et il en fut ainsi jusqu'à la fin de la maladie.

Bien que l'autopsie n'ait pas été faite, il est permis de supposer qu'il devait exister chez ce malade de la sclérose portant à la fois sur l'encéphale et sur la moelle, et reproduisant sur l'un les lésions de la paralysie générale, et sur l'autre celle de l'ataxie locomotrice. Vraisemblablement, ces lésions se sont produites simultanément; il est impossible de dire qu'il se soit opéré ici une propagation des lésions de la moelle au cerveau ou inversement. Tout l'axe cérébro-spinal a été atteint à peu près à la même époque.

Cette sclérose du système nerveux paraît reconnaître deux facteurs principaux chez le malade; d'une part, l'hérédité arthritique que l'on rencontre à l'origine de presque toutes les paralysies générales et de la plupart de cas de tabes; de l'autre, le surmenage intellectuel et peut-être aussi un léger degré d'alcoolisme.

Prédisposé par ce tempérament arthritique à faire du tissu fibreux, il le fit dans la région de son organisme qu'il surmena le plus, c'est-à-dire son système nerveux. C'est là l'étiologie banale de la plupart des cas de paralysie générale, et nous ne croyons pas que, dans ce cas particulier, il faille en rechercher d'autres. Il est bon de dire cependant que pendant de longues années, outre le travail cérébral, il s'imposa un travail physique énorme, et rendit par conséquent son système nerveux médullaire moins résistant.

La seconde observation peut se résumer ainsi : Jeune homme de 22 ans, ayant une lourde hérédité nerveuse; syphilis légère à 17 ans. Alcoolisme. Tempérament névropathique dès sa jeunesse; début de la maladie par des périodes d'excitation et des idées de grandeur ; sous leur influence il dissipe rapidement sa fortune. Bientôt il présente du tremblement généralisé et de l'incoordination des membres inférieurs. Il entre à l'asile d'Armentières et je constate alors chez lui des signes nets d'ataxie, incoordination, perte des réflexes, diminution et retard de la sensibilité, signes de Romberg et d'Argyll-Robertson. Six mois plus tard les signes de paralysie générale, mégalomanie, troubles de la parole, tremblement, s'accentuent et prennent le pas sur ceux de l'ataxie. Les deux maladies évoluent côte à côte, il meurt gâteux.

Cette observation nous montre encore la paralysie générale et l'ataxie locomotrice se succédant rapidement l'une à l'autre, marchant parallèlement, et offrant toutes les deux cette particularité d'être à peu près complètes dans leurs symptômes ; ainsi, les idées de grandeur, les troubles de la mémoire, la lenteur particulière de la parole étaient des signes caractéristiques de la paralysie générale. Du côté de l'ataxie locomotrice, les symptômes les plus communs se trouvaient réunis et ne permettaient pas d'hésitation dans le diagnostic, bien que les douleurs fulgurantes et les troubles digestifs, si fréquents dans le tabes, ne soient pas signalés ici.

Ce qui frappe surtout dans cette observation, c'est la rapidité avec laquelle les désordres musculaires des membres inférieurs ont atteint leur summum d'acuité. Il est, en effet, relativement rare, dans le tabes vulgaire, de voir cette incoordination des mouvements atteindre son apogée dans l'espace de quelques mois.

Ce malade présentait, il est vrai, tous les antécédents pathologiques les plus souvent signalés dans la pathogénie de la sclérose médullaire et encéphalique. Il avait une hérédité nerveuse ancienne et la syphilis comme causes efficientes, et enfin, comme causes occasionnelles, le surmenage médullaire et cérébral, l'alcoolisme, qui, ainsi que MM. Raymond et Rendu le démontraient récemment, sont les facteurs que l'on retrouve, pour la plus grande majorité des cas, dans les antécédents de ces malades. Nul doute que, dans le cas qui nous occupe, les phénomènes médullaires n'aient débuté les premiers, et n'aient rapidement pris une extension très grande; mais ils ont été bientôt relégués au second plan par les symptômes de la méningo-encéphalite, dont la marche beaucoup plus aiguë n'a pas tardé à emporter le malade.

Cette observation est aussi probante que celles qu'a relevées M. Raymond ; elle semble donc prouver que les deux affections, paralysie générale et tabes, ont été engendrées par un processus identique.

L'autopsie, du reste, est venue confirmer absolument cette manière de voir. Je constatais sur l'encéphale de la méningo-encéphalite, avec inflammation péri-vasculaire très étendue, sur la moelle de la méningo-myélite, origine d'une sclérose vasculaire diffuse ayant son maximum dans les cordons postérieurs. En outre il existait une sclérose plus systématisée qui occupait les cordons de Goll, les

zones radiculaires postérieures et la partie attenante des cordons latéraux, mais qui était sous la dépendance intime de la sclérose diffuse.

Il ressort nettement de ces deux observations qu'il doit exister une relation étroite entre la sclérose spinale et l'encéphalite interstitielle. C'est cette proche parenté entre les deux maladies, qui a conduit certains auteurs à supposer qu'elles étaient la résultante d'un processus morbide similaire, envahissant simultanément ou successivement la moelle et le cerveau, avec des allures différentes, mais suivant un plan identique.

Ces deux affections associées sur un même sujet doivent être envisagées successivement dans les rapports qu'elles présentent au point de vue de leur étiologie, de la symptomatologie, du terrain sur lequel elles se développent, enfin au point de vue de l'anatomie pathologique.

Tout d'abord, il est à remarquer que les cas où le tabes s'est compliqué de paralysie générale, sont beaucoup plus nombreux ou plus probants que les cas très rares où les deux maladies ont suivi un mode inverse d'apparition. Aussi, comme le dit M. Garnier, est-il fort difficile, et tout au moins actuellement prématuré, de vouloir, en se basant sur le petit nombre d'observations, classer ces deux maladies en séries, suivant qu'elles ont débuté simultanément ou successivement. La difficulté réside dans la confusion des symptômes au début de la maladie, confusion à laquelle s'ajoute l'état mental des sujets, ce qui rend presque impossible à l'observateur la séparation des phénomènes propres à l'ataxie de ceux qui dépendent de la paralysie générale.

De plus, les deux affections peuvent, dans certains cas, présenter des symptômes communs en assez grand nombre, qui, au début de l'affection, duivent, dit M. Joffroy, laisser le diagnostic en suspens, l'enchevêtrement des signes observés ne permettant pas d'affirmer quelle marche suivra la maladie. J'avais déjà fait cette même observation (1).

« Les rapports entre la paralysie générale et le tabes sont quelquefois établis non seulement par la présence de de l'incoordination motrice, mais aussi par celle de certains symptômes que l'on est habitué à regarder comme pathognomoniques de l'une ou de l'autre de ces deux maladies. Il existe de véritables cas mixtes, où le diagnostic devient extrêmement difficile, et où il est presque impossible de dire avec quelque certitude : tabes ou paralysie générale. On peut constater, chez les malades auxquels nous faisons allusion, les signes psychiques et la plupart des signes physiques de la paralysie générale, et tout à la fois la démarche du tabétique, l'abolition des réflexes et les troubles de la sensibilité, anesthésie et douleurs fulgurantes. Le signe de l'escalier, celui de Romberg, celui d'Argyll Robertson, et d'autres encore, peuvent exister chez eux à un degré variable; notons aussi la présence de troubles oculo-pupillaires, presque semblables dans les deux cas, ce qui contribue à laisser le diagnostic hésitant. L'ataxie, dans ces cas, avec son cortège de symptômes, est-elle une complication de la paralysie générale produite par l'extension des lésions anatomiques, ou bien les deux maladies coexistent-elles, manifestations locales d'une même diathèse nerveuse, mais indépendantes l'une de l'autre? C'est une question qui ne sera résolue que lorsqu'on aura pu faire l'étude histologique complète de tout le système nerveux dans des maladies de ce genre. Jusqu'à présent, les autopsies ont été extrêmement rares, et n'ont peut-être pas été faites avec tout le soin désirable. »

(1) In Thèse Lecordonnier. Lille, 1889.

III

Dans l'étiologie du tabes et de la paralysie générale, l'hérédité nerveuse exerce une influence prépondérante, comme il en est, du reste, pour la grande majorité des maladies nerveuses. C'est surtout pour les ataxies précoces que l'hérédité nerveuse est le plus chargée; aussi a-t-on pu conclure que l'ataxie locomotrice était une maladie héréditaire. Cette même remarque s'applique aussi à la paralysie générale. De sorte que l'on peut dire que ces maladies existent dès la naissance; que, dans un cas, la moelle est toute préparée pour l'ataxie, comme, dans l'autre, le cerveau est tout préparé pour la paralysie générale, et que les causes réelles de ces deux maladies se trouvent dans l'hérédité (Joffroy). Telle est aussi l'opinion soutenue par Déjerine (1) qui écrit, en s'appuyant sur de nombreuses observations, que : « le tabes est l'apanage des familles à maladies nerveuses graves (vésanies, épilepsie, paralysie générale) et qu'on ne le rencontre guère lorsque les ascendants ne sont atteints que de neurasthénie ou de formes nerveuses légères. » Cette tare nerveuse joue certainement un rôle très important comme cause prédisposante dans la genèse de ces affections, mais elle ne suffit pas à elle seule à produire la maladie; d'autres causes, plus rapprochées de l'apparition de la maladie, ne sont peut-être que déterminer une évolution morbide préparée anatomiquement (Joffroy), agissent et comme causes occasionnelles.

De ce nombre, citons : les excès vénériens, l'onanisme, que l'on retrouve à l'origine de l'ataxie et de la paralysie générale, et qui, par l'ébranlement réflexe du système nerveux, deviendraient le point de départ de l'une ou de l'autre maladie.

Le traumatisme, depuis longtemps, est considéré comme jouant le rôle de cause efficiente dans la production de l'ataxie (observ. de Horn, Charcot, Vulpian, Raymond), et de la paralysie générale (obs. de Calmeil, Baillarger, Lasègue, Voisin, Vallon).

C'est aussi comme causes occasionnelles, agissant sur un terrain rendu favorable par la prédisposition, qu'il faut envisager le rôle des diathèses.

L'arthritisme a des rapports étroits avec l'ataxie, cette affection se présentant fréquemment chez des rhumatisants héréditaires ou personnels (Combal). M. Grasset partage cette opinion.

J'ai souvent insisté sur la fréquence de l'arthritisme chez les tabétiques. Lorsque l'arthritique est prédisposé aux bouffées congestives du côté du système nerveux, c'est celui-ci qui se trouve le plus atteint; les vaisseaux cérébraux s'épaississent plus que les autres, et la gangue conjonctive qui se forme autour d'eux envahit profondément la névroglie. Il est inutile de dire que, quand l'arthritisme est arrivé à cette période, il finit par engendrer des affections nerveuses qui ne semblent pourtant avoir aucun rapport avec lui, telles que la paralysie générale, l'ataxie locomotrice, etc. : elles se développent par le mécanisme que nous venons d'indiquer (2).

Dans cet ordre d'idées, je n'ai pas hésité à décrire une paralysie générale arthritique, cette diathèse me paraissant par elle-même un facteur suffisant. Déjà Charcot avait cité un cas de paralysie générale succédant à la goutte.

Cette théorie de la congestion locale des organes, due à l'arthritisme, et aggravée par des causes occasionnelles, explique comment cette diathèse peut déterminer soit l'ataxie, soit la paralysie, suivant que la congestion portera

(1) Déjerine : *L'hérédité dans les maladies du système nerveux*, p. 189.
(2) Thèse de Huyghes. Paris, 1890.

primitivement sur la moelle ou sur le cerveau. Mais, quelle que soit la façon dont s'exerce, dit M. Garnier, l'influence de l'arthritisme sur la production de ces deux maladies, il suffit de faire ressortir leur commune origine puisée à cette source diathésique, pour qu'il soit possible d'y voir un trait d'union de plus entre elles (Garnier, *loc. cit.*).

D'autres causes très fréquemment signalées dans la genèse du tabes, ainsi que de la paralysie générale, sont l'alcoolisme et la syphilis, la syphilis surtout, que l'on retrouve presque aussi communément dans les antécédents des paralytiques généraux que chez les tabétiques avérés (Statistiques de Strumpell, Siemerling, Westphal, Régis).

En Allemagne, cette diathèse est regardée comme la cause la plus fréquente, sinon unique, du tabes. Pour Fournier, quatre-vingts pour cent des ataxiques seraient syphilitiques. M. Garnier, en examinant trente-huit cas d'ataxiques devenus paralytiques, trouve quinze fois la syphilis dans leurs antécédents; mais il ne reconnaît pas à la syphilis une importance primordiale et unique dans la production du tabes ou de la paralysie, et, ajoute-t-il : « outre qu'il y a plus d'un syphilitique qui ne devient ni ataxique, ni paralytique, on rencontre aussi de ces malades qui ne sont pas syphilitiques. Selon toute apparence, il faut que le terrain soit rendu favorable par d'autres circonstances diathésiques ou occasionnelles, pour que la syphilis se localise sur le système nerveux, produisant ici une ataxie simple, là une ataxie compliquée de paralysie générale, soit même une paralysie générale d'emblée. »

M. Rendu (1) écrit aussi : « J'accepte que l'on considère l'alcoolisme et la syphilis comme des causes secondes, destinées à mettre en jeu la prédisposition morbide des malades névropathiques, et à les faire verser du côté où ils penchaient déjà par suite du vice héréditaire: il n'en est pas moins acquis que le tabes et la paralysie générale reconnaissent des origines communes. Ce sont deux affections dont la parenté étiologique est identique et qui appartiennent à la même famille morbide. »

Pour M. Raymond, la paralysie générale et le tabes ont une étiologie commune dominée par la syphilis et l'hérédité. Dans l'une et l'autre de ces deux affections, les lésions centrales intéressent les mêmes systèmes organiques, et cet auteur se croit autorisé à admettre que le tabes et la paralysie constituent une seule et même maladie.

Nous examinerons plus loin, à propos de la pathogénie de ces deux affections, les autres théories émises à ce sujet.

(*A suivre.*)

A L'ÉTRANGER

ANGLETERRE

Méningite tuberculeuse. Drainage de l'espace sous-arachnoïdien. Guérison.

MM. Wallis Ord et Waterhouse ont présenté dernièrement à la Société médicale de Londres, l'observation très intéressante d'une enfant atteinte de méningite tuberculeuse et guérie par le drainage de l'espace sous-arachnoïdien ; aucune trace de tuberculose ne put être décelée chez les ascendants. Vers le milieu de septembre 1893, l'enfant, une fillette de cinq ans, jusque-là bien portante, se plaignit de violents maux de tête. Bientôt apparurent des vomissements; puis l'appétit disparut et une constipation invétérée s'établit. A la même époque, le caractère de l'enfant commença à se modifier; elle devint difficile, irritable.

(1) Rendu : Société médicale des hôpitaux de Paris, Juin 1 92.

Le 23 octobre, elle fut admise à l'hôpital Victoria. Triste, hébétée, agitée, l'enfant laissait échapper des gémissements et, par instants, un cri aigu. T° au-dessus de 38; pouls 104. L'examen des yeux, fait à l'entrée, démontra l'existence d'une névrite optique bilatérale débutante. La raie méningée était facile à produire. L'appareil auditif était resté sain.

Les contractures commencèrent à se montrer quelques jours après son entrée ; à la même époque, les auteurs notent la disparition des vomissements.

Par suite de l'excès de tension intracrânienne, manifesté par l'augmentation de la névrite optique et de la céphalée, l'affection devenait rapidement menaçante. MM. Ord et Waterhouse se décidèrent à intervenir chirurgicalement. Une incision fut faite au niveau de la fosse cérébelleuse gauche de l'occipital : elle s'étendait de l'apophyse mastoïde à la crête occipitale; ils trouvèrent, chemin faisant, l'artère occipitale, sur laquelle ils durent mettre une ligature. Au niveau de la partie médiane de l'incision, le trépan fut appliqué et, dès que la rondelle osseuse eut été enlevée, on put voir la dure-mère, repoussée par le liquide céphalorachidien, venir faire saillie. Les méninges incisées, il s'échappa une trentaine de gouttes d'un liquide verdâtre. Alors, M. Waterhouse introduisit par l'incision une sonde d'argent à extrémité coudée et la poussa au-dessous du cervelet, dans l'espace sous-arachnoïdien : il s'échappa, par la sonde, quelques grammes de liquide clair. On glissa le long de la sonde un drain en caoutchouc pour le laisser à demeure.

La rondelle osseuse fut remise en place, après fragmentation, suivant le procédé de Mac-Ewen. On laissa seulement un orifice pour le passage du drain.

Pendant dix-huit jours, le drain fut laissé à demeure et donna issue à une petite quantité de liquide clair.

La méningite disparut; la fièvre cessa lentement. Deux mois après son entrée à l'hôpital, la fillette sortait guérie, bien qu'ayant subi pendant sa convalescence une attaque de rougeole

Bien que la nature tuberculeuse de l'affection n'ait pu être prouvée, elle est fort probable et il y a lieu de rapprocher ces méningites avec épanchements des péritonites tuberculeuses ascitiques. Ces dernières sont fréquemment pauvres en éléments tuberculeux, aussi les voit-on assez souvent guérir après une laparotomie.

M. Walsham a rappelé, à ce propos, à la Société qu'à deux reprises il avait trépané et drainé l'espace sous-arachnoïdien; une première fois ce fut pour une méningite supposée tuberculeuse. L'écoulement du liquide se fit avec force et, après une amélioration passagère, le malade succomba. L'autopsie resta muette au sujet de la nature de la méningite.

La seconde intervention de M. Walsham fut très aggravée du fait d'une hémorrhagie qui se produisit dans les vaisseaux du diploé.

Au Middlesex Hospital, fait remarquer M. Pasteur, il est de pratique courante de trépaner et de drainer, dans les méningites tuberculeuses présentant des signes de compression. Si les résultats sont mauvais, cela tient à ce qu'on intervient trop tard, alors que le coma est déjà établi.

Deux conditions semblent nécessaires pour permettre d'espérer un bon résultat, dit M. Waterhouse : intervenir avant la période de coma et trépaner au voisinage des espaces sous-arachnoïdiens.

Pleurésie à pneumocoques simulant la pneumonie.

M. J. Washburn vient d'entretenir la Société royale de Médecine et de Chirurgie de Londres des pleurésies primitives à pneumocoques, empruntant le type de la pneumonie franche et il a, d'ailleurs, présenté trois curieuses observations.

Le premier de ces cas est celui d'un homme chez qui la fièvre apparut brusquement après un frisson. La température se maintint élevée pendant dix jours. L'examen du poumon ne donna pas de signes caractéristiques. Pas de crachats rouillés, mais le dixième jour survint la crise, qui fit admettre comme certain le diagnostic de pneumonie. Les signes physiques cependant persis-

térent et la fièvre réapparut. La ponction exploratrice ramena du pus de la plèvre. La thoracotomie fut pratiquée et le malade guérit facilement. L'examen bactériologique démontra la nature pneumococcique de l'épanchement. On aurait pu affirmer que le malade avait eu un empyème secondaire. Mais, en rapprochant cette observation de deux autres plus catégoriques, M. Washburn penche vers l'hypothèse d'un empyème primitif simulant une pneumonie.

Le second malade eut, plus encore que le précédent, les symptômes généraux d'une pneumonie : haute température, toux, dyspnée, délire, herpès. Les symptômes physiques, sans être des plus nets, étaient ceux d'une pneumonie. Le malade ayant succombé, on ne trouva à l'autopsie aucune lésion pulmonaire, mais bien un empyème à pneumocoques.

Le troisième cas est celui d'un enfant, qui mourut présentant les symptômes d'une pneumonie double et chez qui la nécropsie démontra l'existence d'une double pleurésie sans lésions pulmonaires.

Le pneumocoque, agissant sur la plèvre et seulement sur la plèvre, peut donc déterminer des symptômes généraux analogues à ceux des pneumonies fibrineuses. Bon nombre de diagnostics de pneumonies atypiques, basées sur des signes incomplets, peuvent donc se transformer en celui de pleurésies pneumococciques, si on a soin, dans ces cas, de faire la ponction exploratrice.

La confirmation de ces faits, M. White l'a présentée à la Société, en venant ajouter, aux trois cas de son collègue, quatre cas personnels.

Le premier de ces cas est celui d'un homme qui entra à l'hôpital présentant tous les signes généraux de la pneumonie, et même l'herpès et les crachats rouillés. L'auscultation révélait un bruit de frottements dans toute la moitié droite du thorax. Le huitième jour, la température commença à diminuer, mais la défervescence se fit lentement. Les signes généraux ne s'amendèrent pas et quatre jours après réapparut la fièvre ; le malade mourut le soir. L'autopsie montra un vaste empyème avec gangrène de la partie superficielle du poumon.

Le début par des symptômes généraux très violents, s'est montré aussi chez une jeune fille traitée par M. White. Les signes physiques étaient plutôt ceux d'une pleurésie. Une ponction exploratrice fut faite qui donna issue à de la sérosité trouble. Une nouvelle ponction, faite trois jours après, ramena du pus. L'évacuation de la plèvre fut effectuée. La malade mourut le onzième jour. A la nécropsie, on trouva un poumon sain ; la plèvre était très épaissie, recouverte d'une couche de fibrine ; elle ne contenait plus qu'une faible quantité de pus.

Deux autres observations présentées par M. White semblent calquées sur la précédente. Les signes physiques sont peut-être encore plus en faveur de la pneumonie. Dans les deux cas, la plèvre est évacuée et il y a guérison. Même dans les cas où la pleurésie-pneumococcique se rapproche de la pneumonie, la distinction en est possible en se basant sur plusieurs caractères : ce sont l'absence de symptômes physiques décisifs, l'abaissement graduel de la température auquel ne correspond aucune amélioration de l'état général, la reprise de la fièvre après quelques jours. Cette forme semble plus particulièrement infectieuse et a tendance à se généraliser.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mars. — Présidence de M. Jules Rochard.

Les eaux minérales au point de vue bactériologique.

M. Robin. — A la suite de la communication faite à la dernière séance, par MM. Moissan et Grimbot, l'Académie a renvoyé à la commission des eaux minérales, la question de la contamination de la plupart des eaux minérales par les micro-organismes.

En diverses circonstances, la commission a déjà agité cette question. Les manœuvres de la gazéification, de l'embouteillage et du décantage sont les principales causes de l'infection microbienne. Les eaux sont pour la plupart, parfaitement pures à leur griffon.

Aussi la commission propose-t-elle à l'Académie d'émettre les vœux suivants :

1° L'Académie persiste dans l'opinion, déjà formulée, qu'on doit surseoir à l'autorisation de toutes les eaux minérales qui ont subi le décantage ou la gazéification.

2° L'autorisation ne sera accordée que si l'eau existante ne contient aucun bacille pathogène.

3° Le laboratoire sera doté du local, du personnel et des appareils nécessaires pour que la commission puisse étudier la bactériologie de l'eau dont on sollicite l'autorisation, afin que l'eau ne soit autorisée, que si elle joint la pureté microbienne à la stabilité de sa composition chimique (adopté).

Moyens pour éviter la cécité des nouveau-nés.

M. Charpentier lit un rapport sur les instructions publiées par l'association V. Haüy, au sujet des moyens d'éviter la cécité des nouveau-nés.

Il est impossible de mettre en pratique habituelle les conseils donnés par l'association V. Haüy. Il est suffisant et préférable de s'en tenir aux préceptes inscrits dans le rapport de la commission permanente de l'hygiène de l'enfance :

« Dès les premiers moments qui suivent la naissance de l'enfant, la sage-femme doit lui laver *tout spécialement* les yeux avec de l'eau que l'on a fait bouillir pour la purifier et que l'on emploiera tiède (adopté). »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 mars. — Présidence de M. Verneuil.

Néphrectomie.

M. Gérard Marchant. — MM. Tuffier et Peyrot vous ont communiqué dans une précédente séance, des observations de contusions rénales traitées par suture et ayant abouti à la guérison.

Je viens vous présenter une observation de déchirure du rein diagnostiquée à sa première période, celle d'hémorrhagie et traitée par néphrectomie suivie de guérison complète.

Il s'agit d'un homme de 37 ans qui, en dressant un cheval, fut projeté contre le bord tranchant d'un trottoir, le choc ayant porté sur la région lombaire entre la dernière côte et la ceinture iliaque. Un médecin de la ville constata des signes d'hémorrhagie interne : hypothermie, petitesse du pouls, état syncopal. Le lendemain rétention d'urine. Le médecin vide la vessie où il trouve un litre de sang donnant à l'urine la teinte des gros vins rouges du Bordelais. L'hématurie persiste 48 heures. Le malade urine 100 grammes le premier jour, 200 le second, 400 le troisième. C'est alors que je fus appelé. Je constatai d'abord quelques signes de péritonite : ventre ballonné, sensibilité très exaltée, vomissements (le diagnostic de péritonite avait même été discuté par deux médecins appelés la veille en consultation). Du côté de la région lombaire on trouvait une tuméfaction indécise, mal limitée, à parois très résistantes, empêchant toute exploration. On sentait bien qu'il y avait tension, résistance, mais on ne pouvait apprécier l'existence d'une tumeur. Ce fait n'est pas rare et il existe des observations où l'exploration fut impossible même sous le chloroforme.

Il existait une ecchymose à l'orifice inguinal et une seconde à la racine de la verge. J'attire ici votre attention sur un phénomène qui n'a pas encore été décrit : le cordon était infiltré dans toute sa portion accessible où son volume avait triplé et cette infiltration semblait se continuer avec l'ecchymose sous-cutanée.

En présence de ces symptômes d'hémorrhagie dès le premier jour, je pensai à une déchirure du rein et je proposai d'intervenir,

intervention qui, dans mon esprit, avait pour premier but l'exploration.

J'abordai le rein par la région lombaire : l'aponévrose antérieure du transverse coupée, il jaillit un flot de sang. Quand la plaie fut nettoyée, je trouvai le rein séparé en deux fragments, dont l'inférieur fut très facile à extraire. En enlevant le fragment supérieur, j'eus à lutter contre une hémorrhagie dont je ne vins à bout qu'en pinçant les vaisseaux du hile, après incision de la capsule. Les suites de l'opération furent simples et le malade guérit.

Fractures du crâne par balles de revolver.

(Suite de la discussion.)

M. Polaillon. — Je viens présenter à la Société trois observations dont deux personnelles.

La première observation est celle d'un jeune homme qui s'était tiré dans la tempe droite un coup de revolver. M. Poirier agrandit l'orifice de pénétration et parvint à retrouver le projectile. La guérison fut obtenue et définitive.

Dans le courant de l'année dernière, je fus mandé auprès d'une jeune fille de 16 ans qui s'était tiré un coup de revolver dans la région temporale droite. Le premier jour elle ne présentait aucun symptôme cérébral. Je m'abstins d'intervenir. Mais le troisième jour survint une céphalalgie intense ayant son maximum à la région occipitale. Température, 38° le soir. Je fis une application de glace sur le crâne, mais, comme les phénomènes avaient augmenté, le lendemain j'agrandis l'orifice de pénétration et je fis une exploration modérée, sans résultats d'ailleurs. La malade mourut le lendemain. L'autopsie démontra que j'avais fait une fausse route et permit de retrouver la balle dans la région frontale assez près de mon trajet artificiel.

La seconde de mes observations personnelles se rapporte à un homme qui s'est tiré dans la région frontale du côté gauche un coup de revolver. Le trou de pénétration était très régulier, rond. Le malade était dans le coma ; son pouls était lent, sa respiration stertoreuse. Je fis une exploration ; pour cela, instruit par la discussion de la Société, je pris une sonde à boule de 5 millimètres de diamètre, je poussai doucement avec grande précaution et sans éprouver de résistance, je pénétrai jusqu'à l'occiput. N'ayant pas trouvé de projectile, je bornai là mon intervention. Le malade mourut le soir ; j'avais encore fait une fausse route et, malgré toutes nos recherches, le cerveau ayant été coupé, exprimé, trituré, il fut impossible de retrouver le projectile. Nous avions cependant, pour nous indiquer le trajet suivi, la présence d'esquilles pendant quelques centimètres.

Ces deux faits sont donc contraires aux idées d'intervention. Aussi suis-je d'avis lorsqu'une exploration très prudente aura été faite de s'en tenir là et même de ne la faire que s'il y a des symptômes d'encéphalo-méningite.

M. Dayot (de Rennes) envoie l'observation d'un homme qui s'est tiré dans la région temporale un coup de pistolet Flobert. Le malade ne présenta aucun phénomène cérébral ni sensitivo-moteur, ni intellectuel. Le foyer nettoyé on trouve une perforation osseuse à bords nets. La dure-mère est perforée. Le chirurgien se contente de faire l'antisepsie du foyer. La guérison se fait facilement, bien que le projectile soit resté dans le crâne.

M. Monod. — Trois cas nouveaux se sont présentés à mon observation depuis le commencement de cette discussion. Dans les deux premiers, le malade était dans le coma. Je me contentai de faire l'asepsie de la plaie extérieure. Ces malades sont morts sans reprendre connaissance. Dans le troisième cas, un débridement fait pour rendre l'asepsie facile me permit de trouver la balle en 2 fragments : l'un sous la peau, l'autre dans l'épaisseur de l'os frontal.

M. Quénu. — M. Polaillon intervient lorsqu'il y a coma. Pour moi, le coma est une contre-indication. J'estime que la trépanation au cours du coma ne pallie à aucun phénomène. Quant à la possibilité de nettoyer un foyer cérébral, je n'y crois guère. Il faut toujours compter avec les inflammations tardives après 3, 4 et 6 mois. Il ne faut pas non plus, dans les statistiques de guérison, mettre trop d'affirmation. Des crises épileptiformes consécutives aux cicatrices assombrissent le pronostic à distance.

M. Reclus. — Le coma est une contre-indication? Pas toujours. Il peut arriver que le projectile ait perforé un gros vaisseau, amenant ainsi une hémorrhagie avec compression et coma. Dans ces cas, l'indication change.

M. Quénu. — Il ne faut pas oublier que nous parlons ici des fractures par balle de revolver, et, dans ce cas, l'orifice de pénétration laisse un libre écoulement aux hémorrhagies.

M. Verneuil. — A mon avis, le coma est un élément insuffisant pour juger de l'opportunité de l'intervention ou du pronostic de l'affection.

Exothyropexie.

M. Poncet (de Lyon). — En mon nom et au nom de M. Jaboulay, mon assistant, je viens présenter à la Société quelques considérations sur le manuel opératoire de l'exothyropexie. L'opération varie suivant le volume, suivant la forme du goitre. Dans quelques cas, il suffit d'une simple incision cruciale et de la mise à nu de la surface ; dans d'autres, de la traction au dehors d'un seul lobe. Pour l'opération complète, je fais une incision médiane verticale allant du cartilage cricoïde au sternum. Je rends saillante la veine jugulaire antérieure par compression pour l'éviter, si possible. Sinon, je la coupe entre deux pinces. Arrivé sur le corps thyroïde, je l'énucléé avec le doigt en évitant les angles supérieurs et inférieurs et la région médiane, toutes zones très vasculaires. Les doigts pénètrent donc le long des bords externes des lobes latéraux et, s'il est besoin, je fais une incision horizontale complémentaire.

Je luxe isolément chaque lobe. Lorsqu'il s'agit d'un goitre plongeant, j'agis de même sur ses parties latérales. Dans ces cas, la traction de la tumeur au dehors a pour résultat d'obtenir la béance de la trachée et répond ainsi aux indications d'urgence habituelles. Dans les goitres unilatéraux, la compression des voies respiratoires peut obliger l'opérateur à luxer même le côté sain.

Le pansement est fait à la gaze stérilisée. Je crois devoir renoncer à l'iodoforme. Il enveloppe les bords de la tumeur et ne reste en place que quatre jours, après quoi la peau vient d'elle-même recouvrir le goitre. La chirurgie du corps thyroïde a fait de grands progrès, surtout depuis le jour où Socin a proposé la strumectomie.

La majorité des goitres sont kystiques ou encapsulés. Pour ceux-là, l'exothyropexie ne rend pas de grands services. C'est surtout alors une opération préliminaire, précédant de quelques jours l'ablation. Pour les goitres charnus et vasculaires, c'est une opération excellente et quelquefois urgente.

M. Tillaux. — Je revendique modestement la distinction des tumeurs intrathyroïdiennes d'avec l'hypertrophie thyroïdienne. L'extirpation des tumeurs n'entraîne pas de myxœdème, car le corps thyroïde aminci et refoulé persiste après l'ablation.

R. Marmasse.

NÉCROLOGIE

Mort du Dr Jules ARNOULD (de Lille).

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de notre collaborateur et excellent ami le professeur Jules Arnould (de Lille), qu'une congestion pulmonaire vient d'emporter en peu de jours. Il avait pris il y a deux ans sa retraite de médecin inspecteur et de directeur du service de santé du premier corps d'armée, mais avait conservé, à la Faculté de médecine de Lille, la chaire d'hygiène, qu'il occupait depuis la création de cette Faculté. Il ne nous déplait pas de rappeler que la collaboration d'Arnould à la *Gazette médicale* contribua beaucoup à le désigner alors au choix de Chauffard, quand celui-ci, en sa qualité d'inspecteur général de l'ensei-

gnement de la médecine, eut à organiser la nouvelle Faculté de Lille.

Sur ce nouveau terrain, Arnould montra les brillantes qualités dont il avait donné tant de preuves dans les différents postes par lui occupés comme médecin militaire et dans la presse médicale. Se vouant même plus que jamais, on peut dire presque exclusivement, aux études d'hygiène, il ne tarda pas à devenir, en cette matière, l'un des maîtres les plus éminents et les plus respectés.

L'œuvre d'Arnould est considérable. Tout entier à notre douleur, nous ne saurions en ce moment en donner même un aperçu. Nous remplirons plus tard ce pieux devoir. Nous adressons ici un suprême adieu à notre ancien ami et offrons l'expression de toute notre sympathie à son fils, le Dr Emile Arnould, qui marche si honorablement sur ses traces. F. de R.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 2 AU 7 AVRIL 1894

A. — Examens

Lundi 2 avril, à 1 heure. — Dissection, épreuve pratique : MM. Nicaise, Delbet et Poirier. — 2e (Deuxième partie) : MM. Fournier, Dejerine et Retterer. — 3e (Oral, première partie) : MM. Lejars, Tuffier et Varnier. — 3e (Deuxième partie) : MM. Straus, Chauffard et Gaucher — Suppléants : MM. Baillon, Marie.

Mardi 3 avril, à 1 heure. — Dissection, épreuve pratique. MM. Rémy, Quénu et Poirier. — 2e (Deuxième partie) : MM Mathias Duval, Heim et Roger. — 3e (Deuxième partie) : MM. Dieulafoy, Ballet et Ménétrier. — Suppléants : MM. Tarnier, Nélaton. — 5e (Première partie, Chirurgie, Charité), 1re série : MM. Guyon, Humbert et Brun. — 5e (Première partie, Chirurgie. Charité). 2e série : MM. Panas, Richelot et Albarran. — 5e (Deuxième partie. Charité) : MM. Grancher, Marfan et Letulle. — Suppléants : MM. Sée, Schwartz.

Mercredi 4 avril, à 1 heure. — Dissection, épreuve pratique : MM. Ricard, Sebileau et Poirier. — 3e (Oral, première partie) : MM. Nicaise, Lejars et Varnier. — 3e (Deuxième partie) : MM. Potain, Fournier et Brissaud. — Suppléants : Landouzy, Retterer.

Jeudi 5 avril, à 1 heure. — Dissection, épreuve pratique : MM. Humbert, Schwartz et Poirier. — 3e (Deuxième partie) : MM. Dieulafoy, Chantemesse et Letulle. — 4e : MM. Laboulbène, Pouchet et Netter. — Suppléants : MM. Joffroy, Brun.

Vendredi 6 avril, à 1 heure. — Dissection, épreuve pratique : MM. Lejars, Tuffier et Poirier. — 3e (Oral. première partie) : MM. Ricard, Sebileau et Varnier. — Suppléants : MM. Pouchet, André. — 5e (Première partie, Chirurgie, Charité) : MM. Tillaux, Nicaise et Delbet. — 5e (Deuxième partie. Charité), 1re série : MM. Brissaud. Dejerine et Marie. — 5e (Deuxième partie, Charité), 2e série : MM. Landouzy, Chauffard et Gaucher. — Suppléants : MM. Potain, Netter.

Samedi 7 avril, à 1 heure. — Dissection, épreuve pratique : MM. Rémy, Nélaton et Poirier. — 3e (Oral. première partie) : MM. Tarnier, Humbert et Schwartz. — 5e (Première partie, Chirurgie, Hôtel-Dieu), 1re série : MM. Panas, Quénu et Brun. — 5e (Première partie. Chirurgie, Hôtel-Dieu), 2e série : MM Le Dentu, Richelot et Albarran. — 5e (Deuxième partie, Hôtel-Dieu) : MM. Joffroy, Marfan et Chantemesse. — Suppléants : MM. Dieulafoy, Maygrier.

B. — Thèses

Mercredi 4 avril, à 1 heure. — *M. Guinochet* : Epuration, filtration et stérilisation des eaux potables ; MM. Straus, Tillaux et Netter. — *M. Moissy* : Quelques considérations sur les propriétés cliniques des badigeonnages de gaïacol ; MM. Strans, Tillaux, Tuffier et Netter. — *M. Fadault* : De la contusion rénale et de son traitement : MM. Tillaux. Straus, Tuffier et Netter.

Jeudi 5 avril, à 1 heure. — *M. Mignen* : Des blessures de la vulve au point de vue médico-légal : MM. Brouardel. Mathias Duval, Rémy et Ménétrier. — *M. Pouchin* : Bromure d'éthyle ; MM. Mathias Duval. Brouardel, Rémy et Ménétrier. — *M. Mignon* : Quelques considérations sur le traitement de l'hypertrophie de la prostate ; MM. Guyon, Tarnier, Nélaton et Maygrier. — *M Payrau* : De la rupture artificielle des membranes dans les cas d'hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse du placenta ; MM. Tarnier. Guyon, Nélaton et Maygrier. — *M. Chamberlain* : Contribution à l'étude de la maladie de Basedow, et en particulier de sa pathogénie et de son traitement : MM. G. Sée, Jaccoud, Ballet et Roger. — *M. Bourigault* : Essai sur les résultats de l'intervention chirurgicale (grandes opérations) dans les tuberculoses internes ; MM. Jaccoud, G. Sée, Ballet et Roger.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Hôpitaux et Concours.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL

(Chirurgie).

Les questions restées dans l'urne étaient : 1° *Paume de la main ; rétraction de l'aponévrose palmaire ; 2° région anale ; imperforation de l'anus et du rectum.*

La lecture commencera le 10 avril.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL

(Médecine).

La lecture des copies de l'épreuve écrite du bureau central (médecine) vient de se terminer. 34 candidats sont admissibles et peuvent continuer le concours. Ce sont par ordre de mérite :

MM. Thoinot, Darier. Girode, Ménétrier, Dalché, Capitan, Queyrat. Launois, Barbier, Florand. Toupet, Blocq. Wurtz. Courtois-Suffit, Lesage, Duflocq. Guinon (Louis), Vaquez, Gallois, Bruhl, Dégennes, Jeanselme. Klippel. Lyon (Raph.), Lenoir, Mosny. Jacquet. Polguère. Laflitte (Bapt.). Springer. Hudelo. Léon (Camille), Legry, Létienne.

La prochaine séance (épreuve clinique) aura lieu vendredi 30 mars, à quatre heures et demie, à la Charité.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ DUBOIS

Un projet est soumis à la cinquième commission du Conseil municipal dans le but de désaffecter cet établissement et d'y hospitaliser quatre à cinq cents expectants des hospices de Bicêtre et d'Ivry.

MAISON NATIONALE DE CHARENTON

Concours de l'internat.

Il sera ouvert, le lundi 16 avril 1894, un concours pour l'internat dudit établissement. On trouvera chez le concierge de la Faculté de médecine et à la Maison nationale l'arrêté fixant les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

AMPHITHÉÂTRE D'ANATOMIE

L'administration rappelle à MM. les internes et externes des hôpitaux et hospices que, s'ils désirent prendre part aux travaux d'anatomie, ils doivent se faire inscrire à l'Amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulin.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

Concours pour l'admission à l'emploi de médecin à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Un concours s'ouvrira le 17 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine civils aux emplois de médecin stagiaire.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre nés ou naturalisés Français ;

2° Avoir au moins de vingt-six ans au 1er janvier 1894 ;

3° Avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée : cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de 2e classe, au moins ;

4° Souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur promotion au grade d'aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir seront :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Examen de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Interrogations sur l'hygiène.

Les pièces à fournir sont : *a)* Avant leur entrée à l'école :

1° Acte de naissance revêtu des formalités prescrites par la loi ;

65e Année. 9e Série. Tome I | No 14 | 7 Avril 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr **F. de RANSE** — *Rédacteur en chef* : Dr **Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL LAENNEC — M. PIERRE DELBET

Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Le phlegmon sublingual (angine de Ludwig).

Messieurs,

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'un malade qui est atteint d'une affection relativement rare. Je tiens d'autant plus à le faire que cette affection est restée jusque dans ces derniers temps entourée d'une sorte de mystère, et qu'il est sans doute possible d'en atténuer par un traitement rationnel le pronostic si terrible.

Il s'agit d'un garçon de 24 ans, qui ne présente aucun antécédent digne d'être noté. Il était en parfaite santé, lorsque, le mercredi soir, 7 mars, il ressentit une douleur assez vive dans la moitié droite du plancher de la bouche. Cette douleur fut rapidement suivie d'une tuméfaction qui envahit non seulement le côté droit, mais bientôt aussi le côté gauche de la région sous-maxillaire. En même temps, le malade sentait se gonfler sa langue, qui emplissait sa bouche ; la respiration était gênée, la parole devenait difficile, la déglutition impossible. Quand le malade est entré à l'hôpital, c'est-à-dire le 11 mars dans la soirée, il y avait trois jours qu'il n'avait rien pu avaler.

Nous l'avons vu, le 12 dans la matinée, et vous avez été frappés comme moi de son état de prostration profonde et du singulier aspect qu'il présentait. La région sous-maxillaire était le siège d'une énorme tuméfaction, qui, commençant sur un sterno-mastoïdien pour finir sur l'autre, en passant sur les régions sous-maxillaires et sous-mentale, lui formait une sorte d'énorme collier. La tête amaigrie faisait, avec cet ample collier qui l'encadrait, le plus singulier contraste, contraste encore accrû par la pâleur de la face, opposée à la rougeur sombre qui couvrait le cou. Les lèvres légèrement entr'ouvertes laissaient couler une salive épaisse, d'odeur repoussante ; entre les dents écartées de quelques millimètres, on voyait saillir la pointe de la langue et la muqueuse du plancher buccal.

Un examen plus détaillé permettait de reconnaître que la tuméfaction de la région sous-maxillaire dure dans toute son étendue présentait une sorte de rénittence élastique, sans qu'on pût découvrir nulle part ni œdème, ni fluctuation. Le doigt même fortement appuyé ne laissait pas d'empreinte, il n'y avait donc pas d'œdème, et l'examen le plus attentif, le plus minutieux, ne permettait de déceler nulle part l'existence de la fluctuation.

La tête était immobilisée par cette tuméfaction dure, et, lorsque nous invitions le malade à ouvrir la bouche, il nous faisait comprendre plutôt qu'il ne nous disait, car ses paroles étaient incompréhensibles, qu'il lui était impossible d'écarter les mâchoires. Entre les arcades dentaires, écartées de quelques millimètres seulement, on voyait saillir la pointe de la langue ; et au-dessus de l'arcade dentaire inférieure débordait la muqueuse du plancher buccal sur laquelle les incisives avaient marqué leur empreinte. Tout le plancher buccal était donc soulevé au point de dépasser par en haut le plan du bord tranchant des incisives ; et la langue, refoulée par ce soulèvement du plancher buccal, emplissait la bouche ; son dos était serré contre la voûte palatine, et la pointe, chassée de la cavité buccale trop petite pour la contenir, faisait saillie entre les incisives qui avaient creusé sur elle de profonds sillons. Enfin, en écartant les commissures labiales, on arrivait à voir sur la muqueuse du plancher de la bouche deux ou trois petits orifices par où suintait du pus.

Qu'est-ce qui nous frappe, Messieurs, dans cette observation ? C'est d'abord la rapidité de la marche. Il s'agit évidemment d'une affection grave, puisqu'en quatre jours elle a déterminé des désordres locaux étendus et profondément retenti sur l'état général. Dans les signes objectifs deux phénomènes sont particulièrement saisissants : d'une part, le gonflement considérable dur et rouge de la région sous-maxillaire et, d'autre part, le soulèvement du plancher de la bouche, qui entraîne la propulsion de la langue vers le haut.

A quelle lésion correspond cette triade symptomatique : évolution rapide et grave, tuméfaction de la région sous-maxillaire, propulsion du plancher de la bouche en haut ? Quel diagnostic devons-nous porter ? La question n'est pas aussi simple que vous pourriez le croire ; et je suis obligé

d'entrer dans quelques détails, car il s'agit là d'une affection entourée d'obscurités heureusement plus apparentes que réelles.

Cet ensemble de symptômes a été décrit pour la première fois, en 1836, par Ludwig, professeur à Stuttgard, dans le *Wurtemberger Correspondanzblatt.* Ludwig citait quatre cas, dont trois s'étaient terminés par la mort. Vous voyez de quel sombre pronostic se trouvait marquée l'affection nouvelle. Ludwig en était le père; Camerer voulut en être le parrain. L'année suivante, il lui donna le nom d'angine de Ludwig, mauvais mot qui a singulièrement contribué à embrouiller la question. Celui qu'a proposé Leube de cynanche sublinguale rhumato-typhoïde, encore que bien étrange, n'aurait certainement pas été plus mauvais.

Depuis, cette maladie a fait l'objet de discussions nombreuses dans lesquelles la question n'a pas été toujours bien posée. Pour nous y reconnaître, il faut y mettre un peu d'ordre et envisager successivement la question de nom, la question de nature et la question de siège.

Actuellement, l'affection qui nous occupe est le plus souvent désignée sous le nom d'angine de Ludwig. Cette expression est doublement mauvaise : mauvaise, parce que le mot angine, aujourd'hui réservé aux affections de l'isthme du gosier, ne peut raisonnablement s'appliquer à une maladie dans laquelle cet isthme est intact; mauvaise, parce que c'est une véritable faute de nomenclature que de donner à une maladie le nom de celui qui l'a décrite. Il n'y a de bonnes dénominations que celles qui sont tirées à la fois de la nature et de l'anatomie pathologique du mal.

La question de nature ne saurait guère nous causer d'embarras. Nous ne sommes plus au temps où Ludwig pouvait dire : « Par son facteur érysipèle, la maladie favorise la disposition à l'inflammation gangréneuse comme dans le furoncle; tandis que, par son facteur nerveux, elle prédispose à l'induration et à la paralysie, comme dans la parotidite aiguë ». Aujourd'hui, tout le monde s'entend; il s'agit là d'une maladie infectieuse du groupe des phlegmons. Est-elle due à un agent pathogène spécial? Bien que les recherches microbiologiques n'aient pas encore été nombreuses, on peut affirmer que non. Dans un cas de Delorme, Maubrac a trouvé le staphylocoque doré; Chantemesse et Widal ont décelé la présence du streptocoque à l'état de pureté; enfin, Macaigne, dans un cas de Monod, a constaté l'association de microcoques avec un bacille qui n'a pas été bien déterminé. Il en est donc de cette variété de phlegmon, comme de la plupart des autres. Elle peut être produite par les divers microbes pyogènes, et sa gravité dépend de trois facteurs qui sont : le siège du mal, la virulence des agents pathogènes et la résistance du malade.

Nous arrivons, Messieurs, à la question de siège, et c'est là le point capital, surtout au point de vue du traitement.

Dans la récente discussion de la Société de chirurgie, le cadre du débat a été beaucoup trop élargi. On en est arrivé très vite à parler des phlegmons du cou en général. Sans doute on observe dans la région cervicale bien d'autres phlegmons graves que celui qui nous occupe, mais là n'est pas la question. La forme dont il s'agit ici, qui est caractérisée symptomatiquement par la tuméfaction dure de la région sous-maxillaire et par le soulèvement du plancher de la bouche et de la langue, cette forme correspond-elle à une localisation anatomique spéciale ? A-t-elle une véritable individualité nosologique ? Voilà la question.

Tissier, en 1886, l'avait appelée angine sous-maxillaire. Je laisse de côté le terme d'angine, sur lequel je me suis suffisamment expliqué. Reste la localisation dans la région ou dans la loge sous-maxillaire. Est-ce dans cette loge que débute l'inflammation ? Eh bien, Messieurs, je ne le crois pas. Le soulèvement du plancher de la bouche, phénomène caractéristique, s'expliquerait mal avec une inflammation de cette loge. Et puis, quand on incise dans cette région, on ne trouve pas de pus. Je l'ai vérifié déjà deux fois. On en était même arrivé à dire, il y a quelque deux ans, que cette prétendue angine de Ludwig était une inflammation spéciale, non suppurative, dans laquelle le tissu cellulaire était seulement infiltré de sérosité sanieuse. S'il est arrivé si souvent qu'on n'a pas trouvé de pus, n'est-ce pas, Messieurs, qu'on l'a mal cherché, qu'on ne l'a pas cherché là où il était ? Je le crois. M. Delorme, dans la discussion de la Société de chirurgie, à laquelle je viens de faire allusion, puis Leterrier, dans une excellente thèse de 1893, ont soutenu que l'ensemble symptomatique, qui est si nettement accusé chez notre malade, correspond à une localisation spéciale de l'inflammation, et que cette localisation se fait dans la loge sublinguale.

Vous connaissez tous cette petite loge, dans laquelle se trouvent les glandules sublinguales, loge limitée en haut par la muqueuse du plancher buccal, en dedans par les muscles génio-hyoïdiens et génio-glosses; en dehors, en bas et en avant, par l'arc du maxillaire inférieur et le muscle mylo-hyoïdien. Si l'inflammation débute réellement dans cette loge, qu'en résulte-t-il au point de vue de l'intervention? Cette notion capitale que, pour trouver le pus, quand on incise par la région sous-maxillaire, il ne suffit pas de traverser la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, il faut traverser la sangle mylo-hyoïdienne pour pénétrer dans ladite loge. Mais, allez-vous me dire, dans notre cas la tuméfaction est bilatérale. Il faudrait donc admettre que les deux loges, droite et gauche, ont été prises presque simultanément. A cela, Messieurs, rien d'impossible. Voyons, d'ailleurs, quel a été le résultat de notre intervention.

J'ai fait d'abord une incision dans la région sous-maxillaire du côté droit, incision verticale située à quelques centimètres de la ligne médiane. J'ai franchi la peau, puis le tissu cellulaire sous-cutané, énormément épaissi. Cette couche, épaisse de plus d'un centimètre et demi, n'a laissé suinter que quelques gouttes de sérosité. J'ai ensuite écarté, avec une sonde cannelée, deux faisceaux du muscle mylo-hyoïdien, et je suis arrivé dans la loge sublinguale. Alors, mais alors seulement, il s'est écoulé du pus véritable, pus d'un gris noirâtre répandant une odeur infecte, et j'ai pu sentir, avec le petit doigt introduit dans la loge, la cloison formée par les muscles génio-hyoïdiens et génio-glosses. Du côté gauche, j'ai refait une incision semblable, symétrique à la première, et la même succession de faits s'est reproduite. Ce n'est qu'après avoir traversé la sangle mylo-hyoïdienne que j'ai trouvé du pus.

Il était donc évident, d'une part, que le pus, et par conséquent le centre inflammatoire, avait pour siège la loge sublinguale, et, d'autre part, que les deux loges sublinguales

droite et gauche étaient envahies. A la vérité, les deux loges communiquaient l'une avec l'autre, car, lorsque nous avons fait le lavage, nous avons vu le liquide injecté dans une loge revenir par l'autre. Sans doute, la communication se faisait au-dessous de la muqueuse décollée, mais la séparation restait cependant suffisante pour qu'après avoir évacué tout le pus contenu dans la loge droite, nous en ayons encore trouvé en quantité notable dans la loge gauche.

Vous le voyez, Messieurs, notre cas est absolument démonstratif. Il s'agissait, à n'en pas douter, d'une inflammation suppurative aiguë des deux loges sublinguales, c'est-à-dire d'un phlegmon sublingual bilatéral. En nous appuyant sur ce fait, sur ceux de Delorme, sur celui de Monod, sur ceux qui ont été colligés par Leterrier, nous pouvons donc dire : l'affection improprement appelée angine de Ludwig, affection caractérisée par sa marche rapide, son allure infectieuse, par la tuméfaction ligneuse de la région sous-maxillaire et le soulèvement du plancher de la bouche, cette affection est un phlegmon de la loge sublinguale. J'espère, Messieurs, que la chose vous apparaît avec autant de netteté qu'à moi-même, et qu'il ne reste plus rien dans votre esprit des obscurités mystérieuses dont on a enveloppé, comme à plaisir, cette redoutable maladie.

Si nous jetons sur elle un coup d'œil d'ensemble, nous voyons qu'elle survient surtout chez des gens jeunes, sans toutefois que les gens âgés en soient à l'abri ; que la porte d'entrée des microorganismes pathogènes est souvent une dent cariée, souvent aussi les ulcérations gingivales qui se produisent au moment de l'éruption de la dent de sagesse, quelquefois, mais plus rarement, une véritable angine. une amygdalite.

Le début est généralement marqué par une douleur sourde ayant pour siège le plancher de la bouche; douleur qui est rapidement suivie d'un gonflement de la région sous-maxillaire et d'une grande élévation de température. A la période d'état, les signes, que je ne fais que vous rappeler, y ayant suffisamment insisté en décrivant notre malade, sont vraiment caractéristiques : tuméfaction énorme de la région sous-maxillaire ; tuméfaction rouge, dure, ne présentant aucune trace de fluctuation ; soulèvement du plancher de la bouche dont la muqueuse œdématiée fait un bourrelet qui déborde les incisives ; soulèvement de la langue qui est collée contre la voûte palatine ; impossibilité d'ouvrir largement la bouche ; état général grave avec grandes oscillations thermiques. La tuméfaction s'étend vite du côté du cou : les ganglions sont fréquemment engorgés et cependant ils suppurent rarement pour leur propre compte. L'ouverture spontanée tend à se faire du côté de la bouche au travers de la muqueuse par des pertuis multiples et insuffisants ; et c'est là, sans nul doute, l'une des causes de l'extrême gravité de cette affection lorsqu'elle est abandonnée à elle-même ou insuffisamment soignée. Les ouvertures spontanées sont trop petites pour permettre l'évacuation de la collection ; en outre, elles se font dans la bouche, c'est-à-dire dans un milieu septique, par où le foyer du mal se réinfecte sans cesse.

Du diagnostic, Messieurs, je ne dirai rien ; l'ostéo-périostéite du maxillaire inférieur, l'adéno-phlegmon sous-maxillaire, l'hygroma de la bourse séreuse de Fleischmann, les coliques salivaires, rien de tout cela ne ressemble à l'affection qui nous occupe et dont les signes objectifs sont suffisamment caractéristiques pour ne pas laisser place au doute.

MM. Brousses et Brault ont décrit une forme spéciale de phlegmon se développant dans la loge glosso-thyro-épiglottique qui pourrait peut-être dans ses phases ultimes simuler le phlegmon sublingual, mais je ne puis insister sur cette forme dont il n'existe qu'une seule observation.

Le pronostic est terrible. Un malade de Schwartz est mort de syncope ; mais en général les malheureux atteints de ce phlegmon succombent soit à l'infection générale, soit à l'extension des désordres locaux, soit à des complications pulmonaires. Dans certains cas, l'extension de l'inflammation du côté du cou se fait avec une extrême rapidité ; le tissu cellulaire se sphacèle, de vastes phlyctènes apparaissent ; l'état général est profondément frappé, c'est d'une véritable septicémie à point de départ buccal qu'il s'agit et les malades meurent empoisonnés. Dans d'autres cas, la tuméfaction inflammatoire gagne le larynx et c'est l'œdème de la glotte qui emporte les malades. Enfin, il n'est pas rare d'observer des complications du côté des poumons, des pneumonies septiques. Quelle est la pathogénie de ces pneumonies ? Il ne me semble pas douteux qu'elles reconnaissent les mêmes causes que celles qu'on observe à la suite des grandes opérations sur la bouche. Nous avons vu, en effet, que c'est du côté de la cavité buccale que le pus tend à se faire jour. Les éléments septiques sont entraînés jusque dans le poumon où ils colonisent. Il s'agit là de ce que les Allemands ont appelé la schluck-pneumonie.

Ce pronostic si redoutable, il est certain qu'on peut singulièrement l'améliorer par un traitement rationnel. Il ne faut pas se borner à faire de larges incisions dans la peau et le tissu cellulaire épaissi : il faut aller plus loin, jusqu'au foyer purulent, c'est-à-dire jusqu'à la loge sublinguale, car, tant qu'on n'a pas évacué le pus, on n'a rien fait.

Par où faut-il inciser ? Faut-il se contenter d'agrandir les pertuis qui se font du côté de la muqueuse ? Ce serait là une déplorable pratique. L'incision buccale située au point culminant du foyer ne permettrait ni son évacuation, ni sa désinfection. Ajoutez à cela qu'elle présenterait de grandes difficultés d'exécution à raison de la constriction des mâchoires.

C'est donc par la région sus-hyoïdienne qu'il faut passer. Gardez-vous bien, même dans les cas où la tuméfaction demi-circulaire encadre la mâchoire et s'étend d'un côté à l'autre, gardez-vous de faire une incision médiane. Celle-ci vous conduirait sur la cloison formée par les génio-hyoïdiens et génio-glosses, et vous ne pourriez atteindre que difficilement et indirectement la loge sublinguale. L'incision doit être latérale et il faut, sans hésiter, en faire deux si le phlegmon est double. M. Delorme fait l'incision horizontale, parallèle au bord du maxillaire. J'ai fait, dans notre cas, des incisions verticales situées à deux centimètres environ de la ligne médiane. La direction importe peu : ce qu'il faut, c'est que l'incision soit profonde et franchisse la sangle mylo-hyoïdienne. Coupez la peau, coupez le tissu cellulaire épaissi. Il vous faudra traverser un centimètre, deux centimètres de tissu lardacé, davantage même : peu importe ; allez toujours, jusqu'à ce que vous voyiez nettement exposées au fond de votre plaie les fibres du

mylo-hyoïdien. Avec le bistouri ou la sonde cannelée, passez entre deux des faisceaux de ce muscle, c'est alors seulement que vous verrez couler le pus et que vous pourrez vous arrêter. Mais gardez-vous de ces incisions qui, larges au niveau de la peau, se rétrécissent en cône, si bien que leur partie utile, la partie profonde, est réduite à un simple pertuis. Il faut que la boutonnière que vous ferez dans le mylo-hyoïdien soit suffisante pour admettre au moins le petit doigt; ce n'est qu'à cette condition que vous pourrez évacuer le foyer, le déterger, le laver et le drainer efficacement. Dans les premiers jours, l'écoulement de pus sera considérable; renouvelez le pansement toutes les fois qu'il est souillé. Cherchez en même temps à obtenir une asepsie relative de la cavité buccale en faisant de larges et fréquentes irrigations avec de l'eau chloratée. Dès que la déglutition redevient possible, tonifiez votre malade, prescrivez de l'alcool, du salol, du benzonaphtol.

En agissant ainsi, Messieurs, vous diminuerez l'effroyable mortalité du phlegmon sublingual; vous aurez la consolation de guérir beaucoup de vos malades, comme nous avons guéri le nôtre.

REVUE GÉNÉRALE

Relations de l'ataxie locomotrice avec la paralysie générale (*suite*).

Par le Dr G. Lemoine, de Lille.

IV

Nous nous proposons, dans ce chapitre, de passer en revue les différents rapports symptomatiques du tabes et de la paralysie générale. Dans cet exposé, nous avons dû puiser largement dans le remarquable mémoire que M. Garnier a publié sur ce sujet; comme lui, nous adopterons l'ordre suivi par M. Raymond, dans l'article Tabes (*Dict. Dechambre*).

1° *Troubles réflexes.* — L'abolition du réflexe patellaire, que Westphal fut le premier à signaler dans l'ataxie, a une valeur diagnostique très importante; c'est en effet un des signes les plus précoces et les plus fréquents de cette maladie. Ce symptôme se retrouve aussi dans la paralysie générale, quoique le plus souvent le réflexe soit conservé ou exagéré. Joffroy, sur quinze malades, a trouvé quatre fois l'abolition du réflexe patellaire; Bettencourt Rodrigues trouve la même absence vingt-deux fois pour cent chez des paralytiques généraux; Rouillard, chez quatre paralytiques (dont deux tabétiques) constate aussi cette abolition.

Chez un malade tabétique de M. Garnier, devenu paralytique, tous les signes du tabes ont disparu, sauf le signe de Westphal; ce signe établit donc un rapport marqué entre les deux affections.

2° *Troubles sensitifs.* — Ces troubles qui caractérisent aussi le début de l'ataxie locomotrice, consistent en douleurs fulgurantes, localisées surtout dans les membres inférieurs, et qui font rarement défaut dans le cours de cette maladie. Mais l'acuité douloureuse de ces symptômes est fort variable; ils peuvent, dans certains cas, simuler simplement des douleurs rhumatoïdes. Dans ces circonstances, si l'on n'a pas sous les yeux d'autres symptômes, et si l'on ne tient pas compte de l'état mental du sujet, il est impossible, dit M. Voisin (Traité de la paralysie générale), de dire s'il s'agit d'un début d'ataxie locomotrice. M. Magnan, dans sa thèse, rapporte un cas de paralysie générale, sans troubles mentaux, et où le diagnostic ne fut confirmé que quinze ans après l'apparition des douleurs fulgurantes. Il était impossible de poser un diagnostic ferme entre l'ataxie et la paralysie. L'autopsie révéla des lésions communes à ces deux affections.

Les douleurs fulgurantes plus ou moins vives, frustes en quelque sorte, peuvent donc se rencontrer dans la paralysie générale (cas de Baillarger, de Lasègue).

Les douleurs viscérales, fréquentes dans le tabes, sont beaucoup plus rares dans la paralysie; M. Garnier en cite cependant deux cas qu'il a observés.

L'hypéresthésie, et, plus souvent, l'anesthésie cutanée, qui sont également des signes précoces du tabes, se retrouvent de même dans la paralysie générale (cas de Voisin, Crozant, Ball).

3° *Troubles vaso-moteurs.* — Chez plusieurs ataxiques, Duchenne avait signalé le resserrement des pupilles. Vulpian a signalé la congestion des conjonctives de la face et des oreilles. Dans la paralysie générale, le premier phénomène n'est pas rare, et les congestions cérébrales sont fréquentes. Sur trente-huit cas d'ataxie, compliqués plus tard de paralysie, M. Garnier a trouvé onze fois ces congestions cérébrales, qui répondent le plus souvent au début de l'affection. On a signalé aussi l'hémicranie; M. Grasset a observé, dans un cas de paralysie générale, des crises bulbaires analogues à celles qui sont décrites dans le cours du tabes.

4° Les *troubles trophiques* (mal perforant, fractures spontanées), relativement fréquents dans le cours de l'ataxie locomotrice (Hérot, Ball), sont exceptionnellement signalés dans la paralysie générale. Marandon de Montyel (1), dans son travail, n'en rapporte que six observations, dont trois personnelles, et il conclut nettement « que la paralysie générale est une cause de mal perforant, au même titre que les autres maladies du système nerveux. »

M. Garnier en a vu aussi un cas chez un paralytique général. Pour cet auteur, « quoique le mal perforant n'ait jamais été signalé au début de l'affection, comme dans le tabes, cette circonstance ne peut détruire l'analogie des rapports entre ces deux maladies ; car cet ulcère perforant amenant, en général, chez les paralytiques, une sorte de rémission de leurs symptômes, notamment du délire, et se rencontrant fréquemment chez les ataxiques, le diagnostic de l'affection réelle peut être très difficile à faire à ce moment-là, par le seul fait de la présence d'un symptôme qui peut se manifester dans les deux maladies. »

De même, les fractures, dans la paralysie générale, n'ont pas l'importance ni la fréquence qu'elles ont dans le tabes. Depuis que Charcot signala leur existence dans cette dernière affection, les cas se sont multipliés. Les fractures se rencontrent surtout dans la période dite préataxique ; elles seraient le résultat d'une ostéite raréfiante due à un vice de nutrition dépendant d'une lésion médullaire. En même temps, l'os est le siège d'un travail de décalcification avec diminution des phosphates et augmentation des matières grasses (Regnard). Dans la paralysie générale, les fractures sont rares et apparaissent à une période avancée de l'affection, où les os subiraient la même altération, d'après M. Biaute (2).

5° *Troubles des sens spéciaux.* — Les altérations des sens sont communes dans les deux maladies; d'après M. Voisin, la perte de l'odorat aurait une grande valeur pour le diagnostic précoce de la paralysie, il en serait de même de

(1) Marandon de Montyel : *Le mal perforant dans la paralysie générale.* 1888.

(2) Biaute : *De la paralysie générale comme cause prédisposante des fractures.* 1876.

l'ouïe, plus rarement du goût, dont les modifications ou la perte ont le plus souvent lieu à la fin de la maladie. (Magnan).

L'ataxique, au début, présente fréquemment des troubles de la vue : Cyon a retrouvé ces symptômes cent six fois sur deux cent trois malades ; sur vingt-quatre tabétiques, Vincent a signalé vingt-et-une fois l'inégalité pupillaire. Ce signe, dont l'importance a depuis longtemps été observée au début de l'ataxie (Baillarger, Duchenne), acquiert la même valeur diagnostique dans la paralysie générale, où il apparaît fréquemment.

Le rétrécissement pupillaire permanent indique une lésion médullaire, et se rencontre parfois dans les deux maladies ; il en est de même du myosis, du signe d'Argyll Robertson, caractérisé par l'insensibilité des pupilles à la lumière : le symptôme s'observe presque aussi souvent que l'inégalité pupillaire. Le nerf optique est souvent atteint (faiblesse de la vue, atrophie progressive de la pupille), quelquefois avec amaurose, strabisme, ou paralysie de la paupière, plus rarement ptosis, strabisme, ou encore diplopie précédant l'amblyopie ou l'amaurose. M. Luys fait remarquer que le processus de la paralysie générale, qui offre dans sa genèse et son évolution tant de rapports avec le tabes, peut parfois frapper tout d'abord les régions supérieures de l'axe spinal, et provoquer des troubles du côté de la vision (ptosis, strabisme, amblyopie, amaurose), avant-coureurs du mal qui envahit le système nerveux.

6° *Troubles des fonctions uro-génitales.* — L'incontinence ou la rétention d'urine, notées quelquefois au début du tabes, sont rares dans la paralysie générale, et ne se manifestent que tardivement.

L'impuissance génitale, qui devient la règle chez les ataxiques anciens, est précédée souvent d'une période d'excitation intense (Raymond). Les choses se passent de la même façon chez les paralytiques.

7° *Troubles moteurs.* — La démarche hésitante et saccadée, résultant de l'incoordination motrice, se retrouve aussi dans la paralysie générale. Pour M. Magnan, ces troubles de la motilité répondraient à des scléroses de la moelle. J'ai, moi-même, en m'appuyant sur plusieurs autopsies suivies d'examen histologique, admis que ces troubles pouvaient se produire en l'absence de lésions médullaires. « Au début de son affection, le paralytique commence par éprouver de l'incoordination de la marche ; celle-ci devient lourde et incertaine, il trébuche quand il veut aller vite, et il éprouve une sensation vertigineuse, assez semblable à celle de l'ivresse, qui lui fait supposer qu'il marche moins correctement qu'il ne le fait en réalité. C'est surtout quand il monte ou descend un escalier que ces troubles s'accentuent. L'obscurité produit le même résultat ; il peut marcher les yeux fermés, mais avec une irrégularité marquée (1) ».

Ainsi, dans les deux maladies, on retrouve l'incoordination de la marche, le signe de l'escalier, le signe de Romberg ; cette ataxie des mouvements se montre aussi dans les membres supérieurs, dans le tabes, comme dans la paralysie.

« Les malades commencent à exécuter avec peine de petits mouvements, tels que ceux de mettre un bouton, enfiler une aiguille, serrer un nœud ; aussi sont-ils, comme les tabétiques, sujets à une maladresse caractéristique dans tous les travaux qui exigent une certaine délicatesse de main. Ces troubles moteurs les préoccupent les uns et les autres. »

(1) Lemoine : In Thèse Lecordonnier : *De la nature des troubles moteurs dans la paralysie générale.* Lille, 1889.

Quel que soit le degré de l'incoordination motrice, la force musculaire se trouve conservée dans le tabes, et de même dans la paralysie. Telle est l'opinion de Christian (1), qui a trouvé la force musculaire presque intacte. Je partage aussi cette opinion, car j'ai constaté chez des paralytiques généraux, une énergie musculaire très grande, alors qu'ils étaient incapables de faire un mouvement de peu d'importance.

De ces faits, il résulte que les troubles de l'écriture, chez les paralytiques et chez les ataxiques, présentent des caractères de ressemblance assez étroits.

Les contractures se rencontrent dans les deux affections. Onimus s'en autorisait pour expliquer l'incoordination motrice. Pour moi, elles occupent des portions de muscles et des faisceaux de fibres, et non des muscles entiers ou des groupes musculaires. Les muscles des paralytiques sont le siège de contractures incessantes, mais de très courte durée ; elles existent surtout à l'occasion des mouvements ; elles sont réveillées par les excitations. Il est facile de prouver qu'elles sont beaucoup plus marquées chez les sujets qui présentent de l'ataxie des mouvements, et nous pouvons dire qu'elles sont la cause de l'incoordination dans la paralysie générale.

8° *Troubles intellectuels.* — Les phénomènes cérébraux étaient niés, comme nous l'avons déjà vu, par Duchenne, Trousseau, Axenfeld, etc., qui les proclamaient absents dans l'ataxie locomotrice. Or, les cas d'ataxie compliquée de paralysie intercurrente ont présenté les différents symptômes délirants de la paralysie générale ordinaire. « Les troubles intellectuels, dans les deux cas, sont identiques comme expression clinique ; tout au plus l'incoordination motrice et parfois la paralysie peuvent seules les différencier l'un de l'autre. » (Garnier.)

V

Comme nous venons de le voir, le tabe et la paralysie générale ont des rapports étroits au point de vue clinique : cette même affinité se retrouve également au point de vue anatomo-pathologique.

Déjà, en 1863, Westphal signalait des lésions médullaires trouvées à l'autopsie des paralytiques généraux, chez lesquels les signes du tabes avaient passé inaperçus pendant leur maladie. Otto Obermeier (2) sur douze moelles provenant de paralytiques généraux pris sans choix, trouve deux fois des lésions marquées du tabes, six fois des lésions des cordons latéraux, et une fois, la sclérose des cordons postérieurs et latéraux. M. Lionville, à l'autopsie de deux femmes manifestement paralytiques générales, dit avoir rencontré, outre les lésions cérébrales ordinaires, un état particulier d'induration et d'atrophie de la moelle, une induration scléreuse atrophique des racines spinales, avec extension aux vaisseaux sanguins, sclérose des cordons blancs, dans la substance grise, zones de désintégration granuleuse, altération des vaisseaux et de la névroglie.

Stewart (3), dans quatre autopsies sur cinq de paralytiques généraux, auxquelles il a pu procéder, signale des lésions des colonnes latérales des deux côtés, altération des faisceaux de Goll, sclérose et atrophie médullaire dans deux cas.

Ormerod (4), dans un cas de tabes compliqué de para-

(1) Christian : *De la nature des troubles musculaires dans la paralysie générale.*

(2) Obermeier : *Arch. für Psych. und Nerv. Krank.* 1873.

(3) *Des lésions de la moelle chez les aliénés.* 1888.

(4) Ormerod : St-Barth. Hosp., rép. XXV. 1889.

lysie, trouve à l'autopsie une sclérose avancée des cordons postérieurs, et des lésions encéphaliques peu avancées. S. John Bullen cite une observation analogue.

M. Garnier, en examinant les résultats nécropsiques de quatorze sujets ataxiques et paralytiques, a trouvé dix fois les lésions des deux maladies manifestement associées.

Baillarger, qui n'admet pas l'identité des deux affections, a contesté de même la présence des lésions correspondantes sur un même sujet, bien que certains ataxiques puissent cependant présenter des phénomènes cérébraux analogues à ceux de la paralysie générale.

Il cite, entre autres, deux observations, l'une de Westphal, l'autre de Plaxton, de malades tabétiques ayant offert des manifestations cérébrales, et à l'autopsie desquels les lésions du tabes furent dominantes, du côté du cerveau, la pie-mère était légèrement épaissie, mais se détachait facilement de la substance grise qui n'était pas altérée.

Quoiqu'il en soit, la coexistence de lésions à la fois systématiques et diffuses dans la moelle, et de lésions encéphaliques reconnaissant la même origine sclérosique, a été récemment démontrée à nouveau par M. Raymond, à propos d'une observation communiquée à la Société médicale des hôpitaux (1).

« L'examen, à l'œil nu, des centres nerveux permet d'affirmer, d'une part, le tabes (teinte grise des cordons postérieurs, atrophie des racines postérieures), d'autre part, la paralysie générale (adhérences de la pie-mère, granulations épendymaires). Au microscope, les lésions constatées dans la moelle ont été : 1° une dégénérescence des cordons postérieurs ; 2° une sclérose systématique des faisceaux pyramidaux croisés avec prédominance à gauche ; 3° une légère sclérose périvasculaire diffuse du reste de la moelle. La sclérose des cordons postérieurs, étendue à toute l'épaisseur des cordons, présentait une intensité plus grande dans le faisceau de Burdach (bandelette externe). Au renflement cervical, on constatait nettement deux bandes seléreuses répondant, l'une au faisceau de Burdach (lésion autonome), l'autre au cordon de Goll (lésion de dégénération consécutive à la sclérose du faisceau de Burdach de la région lombaire). Le faisceau pyramidal gauche, plus sclérosé que le droit, remontait dans la pyramide droite après la décussation. L'examen à l'état frais a démontré que cette sclérose ne contenait pas trace de corps granuleux.

La lésion descendante n'était donc pas sous la dépendance de la lésion corticale ; elle semblait plutôt due à l'addition successive de lésions subies par les fibres dans leur passage à travers les tissus malades (lésions de vaisseaux, prolifération de cellules névrogliques). Les circonvolutions présentaient les lésions d'une inflammation interstitielle chronique. Les cellules nerveuses étaient relativement intactes ; les altérations prédominaient dans le lobe frontal et dans la partie supérieure des circonvolutions Rolandiques. Elles se propageaient, moins accentuées, à toutes les parties sous-jacentes de l'encéphale. Enfin, les nerfs étaient atteints de névrite périphérique très avancée, surtout aux membres inférieurs. »

M. Raymond citait une statistique de Thomsen, où, sur 466 paralytiques généraux, un cinquième présentait les symptômes d'une lésion des cordons postérieurs ; une autre, de Hertz, comprenant 24 cas de paralysie générale, sur lesquels on constatait des symptômes de tabes dans 66 0/0 des cas, et les symptômes d'une lésion des cordons latéraux dans 25 0/0.

(1) Société médicale. 1892, p. 137.

M. Furstner (cité par M. Marie. — *Semaine médicale*, 7 déc. 1892) donnant la relation de 100 autopsies de paralytiques généraux, a trouvé des lésions médullaires dans 80 des cas.

Mais si les cliniciens sont bien près de s'entendre sur la question de l'existence de lésions médullaires et encéphaliques correspondant aux symptômes observés, il n'en est plus de même sur la question de l'anatomie pathologique et de la marche des processus de la moelle au cerveau. C'est en se basant sur l'histologie que Ballet et Joffroy refusent toute identité à l'ataxie locomotrice et à la paralysie générale.

Les lésions histologiques complexes portent à la fois sur les vaisseaux de l'encéphale et de la moelle, sur les tubes nerveux, sur les cellules.

(*A suivre.*)

EN PROVINCE

Procédé nouveau de gastrostomie.

Dans le courant du mois de février, M. Villar communiquait à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux un travail sur une modification de la technique de la gastrostomie. Ce travail vient d'être publié dans le *Journal de Médecine* de Bordeaux, et nous sommes heureux de pouvoir l'analyser.

Laissant de côté toute discussion sur le traitement de choix dans les néoplasmes œsophagiens, l'auteur étudie seulement les inconvénients de la gastrostomie, telle que la pratiquent habituellement les chirurgiens français.

Tous les procédés usuels ont, en effet, un double inconvénient : la bouche stomacale laisse passer les aliments et le suc gastrique. Le suc gastrique amène au contact des téguments des ulcérations extrêmement douloureuses. D'autre part, l'écoulement des matières alimentaires fait perdre au malade presque tout le bénéfice de l'intervention.

Frank, assistant à Vienne, emploie depuis quelque temps un procédé spécial. C'est avec quelques modifications portant surtout sur les sutures le mode opératoire adopté par M. Villar.

Nous laissons ici la parole à l'auteur et citons textuellement :

« 1° J'ai pratiqué, dit-il, l'incision classique parallèle au rebord costal gauche, à un centimètre et demi environ en dedans de ce rebord, et partant en bas d'une ligne transversale tirée au niveau de l'articulation de la neuvième avec la dixième côte ; sur mon malade, on sentait très nettement le ligament qui unit les cartilages de ces deux côtes et qui porte le nom de *ligament de Labbé ;* 2° à travers cette incision, j'ai attiré un pli de l'estomac (je dois dire que, l'incision pratiquée, je suis tombé immédiatement sur l'estomac sans avoir à faire la moindre recherche) ; 3° j'ai suturé avec six points de soie l'estomac à la paroi musculo-aponévrotique et au péritoine pariétal, de façon à laisser le pli stomacal en dehors du ventre et au-dessus des sutures ; 4° à deux travers de doigt au-dessus de mon incision première, j'ai pratiqué une deuxième incision parallèle à la précédente et située sur la cage thoracique elle-même ; j'ai décollé la peau entre ces deux incisions ; 5° j'ai attiré le pli stomacal sous ce pont cutané et j'en ai fixé le sommet à l'incision cutanée ou incision supérieure, après avoir, bien entendu, diminué cette incision par des sutures au crin de Florence. J'ai fixé l'estomac en ce point au moyen de deux sortes de suture ; j'ai d'abord fixé le pli à la peau par des fils ne comprenant que la séreuse et une partie de la musculeuse ; puis, l'estomac étant ouvert, j'ai fait un second étage de sutures comprenant la muqueuse et la peau à la façon Terrier ; 6° j'ai suturé la partie inférieure de la plaie musculo-aponévrotique ; 7° j'ai suturé au crin l'incision cutanée correspondante, c'est-à-dire la première incision ».

L'avantage de ce procédé est de créer entre la bouche stomacale et l'estomac un trajet étroit, sorte d'œsophage artificiel. De plus, ce canal est oblique en bas et en dedans, l'orifice de la bouche stomacale étant élevé, situé qu'il est sous le rebord costal.

Le procédé est très avantageux pour les gastrostomies établies définitivement dans les néoplasmes, mais pour les rétrécissements, du moins pour ceux qui peuvent être justiciables d'un traitement direct, n'y a-t-il pas inconvénient à créer un trajet difficile à détruire quand la perméabilité de l'œsophage sera assurée ? A cela, M. Villar répond que l'éloignement de la bouche stomacale ne peut que rendre facile sa fermeture, et qu'en tout cas la résection du petit canal artificiel n'est pas une opération compliquée.

Le procédé a été appliqué chez un cancéreux, et aucun des inconvénients de la gastrostomie habituelle n'a été relevé.

Pouvoir antiseptique du suc gastrique.

M. Cassaet présentait en novembre 1893 à la Société d'Anatomie de Bordeaux une note sur le pouvoir antiseptique du suc gastrique. Abandonné à l'air le suc gastrique expérimenté était resté stérile. Bien plus, des cultures furent essayées à diverses époques toujours sans résultat.

Les études sur le pouvoir antiseptique furent continuées.

L'expérimentation porta sur le lactis aerogenes et sur deux variétés de bacilles d'Escherisch. Un des colibacilles avait été isolé par passages successifs sur des bouillons phéniqués acidulés et chauffés à 43-45°.

Les tubes de suc gastrique restèrent stériles ; au bout de sept heures déjà les microbes étaient inaptes à se multiplier.

Or, le suc gastrique analysé contenait de l'acide chlorhydrique dans la proportion de 6 à 7 0/0. Le colibacille de la seconde variété avait pourtant résisté à l'acidité assez notable des bouillons phéniqués de passage. Etait-ce l'acidité du suc gastrique qui le rendait stérile ?

M. Cassaet alcalinisa plusieurs tubes et les cultures du colibacille s'y multiplièrent. Il importait alors d'établir à quel degré d'acidité apparaissait le pouvoir antiseptique. Une série de tubes fut préparée : les uns alcalins, d'autres acides. La teneur en acide fut graduée, de façon à obtenir une sorte de gamme. Tous les tubes alcalins présentèrent des cultures rapidement. Un peu plus tard, les tubes acidifiés à 1 0/00 se troublèrent. Les autres restèrent stériles.

M. Cassaet conclut de ses recherches faites en série :

1° Que le suc gastrique suffisamment acide, c'est-à-dire correspondant à une acidité superficielle de 2 0/00, est un milieu antiseptique pour certaines espèces microbiennes, le lactis aerogenes et le colibacille, et bien que ce dernier résiste à une solution phéniquée faite à peu près au même titre ; 2° que le lactis aerogenes nécessite une acidité moindre que le colibacille ; 3° que, à la dose de 1 0/00, l'acide chlorhydrique retarde légèrement l'évolution du colibacille, mais que celui-ci, reporté plus tard sur milieu approprié, récupère rapidement toutes ses propriétés ; 4° qu'il y a donc utilité à user de la limonade chlorhydrique, de 2 à 4 0/00, dans les cas d'infection digestive colibacillaire, primitive ou secondaire, comme celui du malade chez lequel le bacille commun du côlon, le plus virulent, a été recueilli, et qui était à la période de déclin d'une fièvre typhoïde.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 avril. — Présidence de M. Jules Rochard.

Election de deux correspondants nationaux.

MM. Dezanneau (d'Angers) et Herrgott (de Nancy) sont élus.

M. le Président fait part à l'Académie de la mort de M. Brown-Séquard et exprime les regrets que cette perte cause à la Compagnie.

Luxation récidivante de l'épaule. — Traitement par la suture articulaire.

M. Verneuil lit un rapport à l'occasion du travail de M. Ricard sur ce sujet.

M. Ricard attribue les récidives dans la majorité des cas, des luxations de l'épaule, au relâchement de la capsule qui reste déprimée en cul-de-sac, et peut même présenter une boutonnière au niveau de la plaie primitive lors de la luxation. Dans les mouvements exagérés, la tête humérale quitte la cavité glénoïde et profite de la boutonnière ou du cul-de-sac pour se placer en luxation. Pour obvier à cet inconvénient, M. Ricard cherche la solution de continuité et suture la capsule. Ce procédé lui a réussi à deux reprises différentes. Pour cela, on taille un lambeau sur la face externe en y comprenant le deltoïde. Deux incisions : l'une dans le pli deltoïdo-pectoral, l'autre perpendiculaire, permettent d'aborder la capsule après avoir détaché les muscles. Le cul-de-sac est alors froncé et noué par une série de fils de catgut. Trente-huit jours d'immobilisation dans un cas, trente-et-un dans l'autre furent nécessaires pour obtenir la consolidation de la capsule.

L'immobilisation prolongée, voilà pour M. Verneuil l'un des grands éléments de la guérison.

L'ankylose ne se produit jamais du fait de l'immobilisation, mais c'est le résultat de l'inflammation. Bien plus, l'immobilisation est l'un des meilleurs moyens, sinon le meilleur pour éviter l'ankylose. Aussi, le rapporteur laisse-t-il percevoir un regret au sujet des malades des hôpitaux, qu'on abandonne à eux-mêmes, sitôt leur luxation réduite.

Dans ces cas, l'arthrite secondaire n'est pas rare et c'est peut-être la cause la plus réelle du relâchement capsulaire et de la récidive.

M. Berger. — L'opinion de M. Verneuil est d'autant plus rationnelle que, non seulement l'immobilisation est favorable à la guérison, mais qu'elle peut suffire à elle seule pour l'amener. J'ai eu à traiter un malade atteint de luxation récidivante de l'épaule, chez lequel la guérison s'est maintenue depuis huit ans, grâce à une immobilisation prolongée, lors de la dernière récidive.

Pour ma part, je crois que les récidives sont dues à la faiblesse de la cicatrice capsulaire, bien plus qu'à l'hydarthrose, dont l'existence n'est pas démontrée.

De l'urétéro-cystonéostomie.

M. Tillaux lit un rapport sur le travail de M. Bazy sur ce sujet. M. Bazy a eu l'idée ingénieuse d'aboucher l'uretère, devenu fistuleux, dans la vessie, en créant un nouvel orifice urétral. L'opération fut faite à la même époque, en Italie, sans qu'on puisse établir à qui revient la priorité.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 mars 1894.

Arsénicisme chronique.

M. Mathieu. — Je présente à la Société un malade, neurasthénique, qui, dans le but de s'éclaircir la voix et de se tonifier, prend depuis vingt ans, et à haute dose de l'arséniate de soude.

La solution employée par mon malade est au 1/500. Il absorbe environ, par jour, trois centigrammes et demi.

En 1883, ayant augmenté brusquement la dose il eut une intoxication aiguë, dont les phénomènes principaux furent une gastro-entérite violente avec diarrhée. La diarrhée persista trois mois environ. C'est de cette époque que date le début de la pigmentation que vous remarquez sur la peau du malade. Les téguments sont bronzés, ardoisés suivant les points. Par places et sans ordre se remarquent des petites taches claires. La paume des mains est cornée, les ongles inégaux, déformés, cannelés. Les muscles de la

jambe ont subi de l'atrophie. Le visage ne présente aucune pigmentation.

Le malade présente une incertitude de la marche lorsqu'il a les yeux fermés. Mais, au moment de son accès aigu, il a présenté une paralysie presque complète des membres inférieurs.

On note encore chez lui de l'hypéresthésie de la plante du pied droit.

Tous ces troubles peuvent s'expliquer par l'existence d'une névrite périphérique. S'il est alcoolique, on ne peut accuser chez lui des accès de boisson; cependant, en 1890, il a manipulé fréquemment de l'alcool dans le commerce, peut-être s'est-il intoxiqué par la voie respiratoire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 avril. — Présidence de M. Théophile Anger.

Genou à ressort.

M. Delorme. — A la fin de la dernière séance, je vous ai montré un malade qui présentait une affection singulière de l'articulation du genou droit, consistant en un ressaut qui se produit vers la fin de l'extension. Le malade a, de ce fait, une marche incertaine et pénible. Par son excessive rareté, par les doutes sur sa pathogénie, par la discussion des moyens thérapeutiques à employer cette affection a mérité votre intérêt.

Il s'agit d'un malade, soldat dans un régiment de dragons, qui, dans un saut de haie au galop, a été projeté à terre et traîné pendant 7 ou 8 mètres. Notez bien que l'accident date du mois d'avril 1891. Il se produisit une hémarthrose; après trois mois d'immobilisation, le jeune homme était guéri. Il ne lui restait que quelques craquements articulaires. Cependant il ne put reprendre son service. La marche était difficile. Une station à Barèges, en 1892, n'amena aucun résultat. C'est, il y a un an seulement, deux ans après l'accident, que se manifesta pour la première fois le ressaut dans l'extension. C'est là, d'ailleurs, qu'est tout l'intérêt du malade. Ce ressaut se produit toujours au même moment de l'extension, lorsque la cuisse et la jambe font un angle de 160°, c'est-à-dire un peu avant la fin de l'extension complète. Brusquement, à ce moment, le malade éprouve une secousse dans le genou en même temps que la cuisse est ébranlée. Le mouvement n'est pas arrêté, bien au contraire la fin de l'extension semble s'accomplir plus vite. Aucun craquement ne correspond au ressaut, mais le malade ressent une douleur à la face interne du genou. Lorsque le membre se remet en flexion, le ressaut ne se produit pas. Un fait bien particulier, c'est que, lorsqu'on communique au malade des mouvements d'extension gradués, ou lents, ou brusques, et lorsque le malade fait lui-même ces mouvements sans marcher le ressaut n'apparaît pas. En examinant le genou, on ne trouve absolument rien d'anormal; quelques petits craquements fins, quelques mouvements de latéralité à l'extension complète, de l'atrophie du triceps; voilà tout ce qu'on peut remarquer. Les deux genoux sont bien pareils, symétriques et réguliers.

J'ai voulu, pour établir un traitement, me faire une idée aussi précise que possible de la lésion originelle et j'ai dû pour cela passer en revue plusieurs hypothèses. J'avais pensé d'abord à une subluxation du fémur en arrière se produisant à chaque extension. Je l'attribuais à la déchirure des ligaments croisés lors de l'entorse; mais pas plus pendant la pression directe que pendant la marche il n'est possible de constater de déplacement du fémur. Cette affection n'a pas non plus les caractères connus de la subluxation des cartilages semi-lunaires. Ce ressaut brusque, par analogie, me fit penser à parcourir les mémoires parus sur les doigts à ressort. Il y avait, en effet, un rapprochement à faire; le ressaut se produisait pendant le mouvement, entraînant une fatigue rapide. Mais dans le doigt à ressort le ressaut se produit également dans les mouvements communiqués. Dans ses mémoires, M. Poirier insiste sur les saillies, les crêtes résultant d'inflammations rhumatismales et placées sur le trajet des ligaments. Cette pathogénie lui semble applicable au genou et il cite, d'ailleurs, trop brièvement, il est vrai, deux cas de genou à ressort dont l'un trouvé à l'autopsie par M. Tillaux. Cette hypothèse me souriait. Cependant, dans leurs parties perceptibles, les condyles sont normaux. J'ignore si, dans leurs parties profondes, il en est de même. On pourrait être tenté d'admettre que les craquements dont je vous ai parlé sont d'origine cartilagineuse ou même osseuse. Mais alors comment expliquer l'absence de ressauts dans les mouvements communiqués. Une autre théorie sur le doigt à ressort fut formulée par le docteur Carlier, c'est celle du spasme fonctionnel. Ce serait pour M. Verneuil une explication plausible de mon observation. Je m'y rallie, d'ailleurs, très facilement.

Le malade n'a aucun stigmate ni antécédent nerveux. Toutes ses autres articulations sont saines et ne semblent pas entachées d'arthritisme. Ce qui me fait penser au spasme dans le cas présent, c'est que, d'une part, le ressaut augmente par la fatigue, et que la douleur est étendue à toute la cuisse, mais surtout aux muscles. Lorsque l'on vient à comprimer la cuisse avec une bande d'Esmarch, la marche peut se faire quelque temps sans ressaut.

Le ressaut est également moins brusque lorsqu'on vient à électriser le triceps. Aussi suis-je disposé à admettre l'existence d'une contracture, d'un spasme fonctionnel des fléchisseurs, contre lequel le triceps atrophié ne peut réagir.

Une série de traitements a été inutilement appliquée à mon malade. Je suis disposé à employer les douches, l'électrisation des extenseurs et à me servir aussi de la bande d'Esmarch, bien que je craigne qu'elle n'augmente l'atrophie du triceps. Je serait peut-être obligé de me décider à faire la résection ankylosante du genou. Le malade, d'ailleurs, est décidé à accepter tout traitement susceptible de le guérir.

Sauf les deux cas signalés par M. Poirier, je n'ai trouvé dans la littérature médicale aucune observation de genou à ressort. Je crois qu'il y a là un type nouveau d'affection à décrire, et j'espère qu'on apportera à cette tribune quelques observations qui pourront permettre d'édifier une pathogénie et une thérapeutique.

Traitement des contusions rénales.

M. Tuffier. — Depuis la communication que je fis à la Société, plusieurs de mes collègues ont étudié soit ici, soit par la voie de la presse, les contusions du rein. J'ai eu cinq fois l'occasion de traiter des contusions rénales. Mon dernier malade, je vous l'ai présenté il y a huit jours et je vous demande la permission de vous relater son observation.

Le malade, un homme de 42 ans, fort et vigoureux, étant occupé à des travaux de maçonnerie reçut sur la région lombaire gauche un tuyau de cheminée en terre cuite. Il fut amené dans le service de M. Théophile Anger à Beaujon. Lorsque je l'examinai le lendemain matin, il présentait une tuméfaction diffuse des lombes et du flanc gauche, tuméfaction augmentant lorsque le malade venait à tousser. L'urine de la nuit était franchement rouge. Les membres inférieurs étaient paralysés, la cuisse anesthésiée. Je portai le diagnostic de contusion rénale au 3e degré avec épanchement sanguin sous et intra-musculaire et compression du plexus nerveux. L'intervention fut décidée. Je trouvai un hématome sous-cutané; des caillots entre les aponévroses, celles-ci déchirées. J'arrivai dans la fosse lombaire ou je rencontrai les apophyses transverses des première et seconde vertèbres lombaires fracturées et tenues en place seulement par des fibres ligamenteuses. Le rein présentait une plaie d'environ cinq centimètres. Je fis la suture du rein, des masses musculaires. Pendant 48 heures les urines furent encore sanglantes, mais noires et non plus rouges. 15 jours après, le malade était absolument guéri, et la paralysie avait disparu.

Trois autres malades tamponnés et présentant des fractures de la dernière ou des dernières côtes avec contusion du sein et hématurie guérissent sans intervention. Mon cinquième malade était un homme de 48 ans qui, étant en état d'ivresse, fut pris entre

deux voitures. Le choc fut si violent que le malade tomba en syncope. Bientôt on nota de l'emphysème du thorax, une vaste ecchymose lombaire, de l'hématurie. Je temporisai, l'hématurie cessa le 11e jour, reprit le 18e pour cesser définitivement le 21e.

En rapprochant ces cas des deux cents observations que j'ai analysées dans mon mémoire, on peut admettre que l'hématurie est un mauvais symptôme pour décider l'intervention et que, dans les contusions rénales, on intervient lorsqu'il se produit d'autres phénomènes, des paralysies par exemple, comme dans le premier cas que je vous ai cité. L'expectation est donc la méthode de choix.

M. Bazy. — Dans deux cas de contusions rénales : l'une en 1890 à l'hôpital Beaujon, l'autre en 1893 à l'hôpital Lariboisière, en l'absence d'autres symptômes que l'hématurie, je me suis ab tenu d'intervenir. Chez l'un des malades, l'hématurie a duré un mois. Cependant, la guérison s'est très facilement effectuée dans les deux cas.

Résection du rectum par la voie sacrée pour un rétrécissement fibreux traumatique.

M. Routier. — Je suis chargé de faire un rapport sur une observation de M. Grey, de Rio-de-Janeiro. L'observation est trop sobre de détails pour que je puisse juger nettement l'opération. Il s'agit d'un malade qui, étant tombé sur un tas de copeaux de canne à sucre, présenta une petite hémorrhagie et, dans les jours qui suivirent, quelques douleurs au moment de la défécation. Deux ans après, le malade consultait M. Grey pour des phénomènes d'obstruction du rectum. Il présentait un écoulement fétide. Le doigt introduit dans la cavité trouvait une bride dure et épaisse à trois centimètres du sphincter. Les quelques détails de l'observation seraient bien plutôt en faveur d'un cancer que d'un rétrécissement traumatique, d'autant plus que le traumatisme ici a été très léger. Le mode opératoire présente aussi plus d'une singularité. L'antisepsie du tube digestif fut faite par l'absorption de naphtol pendant quelques jours et par des lavements boriqués. Il me semble que cette antisepsie devait être fort relative. Je noterai aussi l'incision énorme adoptée par notre confrère, partant du tiers moyen de la crête iliaque gauche, contournant l'anus à droite pour revenir à gauche. L'auteur dit avoir trouvé l'opération des plus faciles et peu sanglante. Ceci paraîtra tout au moins singulier pour ceux qui ont fait l'opération ou qui l'ont vu faire comme moi par Kraské. Les suites furent troublées par une débâcle qui se produisit du côté des points de suture. Mais, au bout de quelques jours, il ne restait qu'une fistule qui disparut d'elle-même, les matières ayant repris leur cours normal.

Mon doute sur la nature de l'affection doit d'autant plus persister que le Dr Grey ne parle pas de l'examen histologique de la partie excisée et ne donne aucun renseignement sur les résultats thérapeutiques éloignés de son opération.

Abcès péri-rectaux.

M. Quénu a fait une très intéressante communication sur les lymphangites d'origine ano-rectale. Cette question fera le sujet de plusieurs leçons qui paraîtront dans la *Gazette médicale*.

R. Marmasse.

LES LIVRES

Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

I. — Études de thérapeutique expérimentale et clinique, par le docteur Ch.-E. Quinquaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Un volume de 406 pages. Prix : 10 francs. A la Société d'Éditions scientifiques.

II. — Supplément du Guide pratique de Sciences médicales, par MM. Morax, Nicolle, Démelin. Un volume in-18 raisin, cartonné. Prix : 5 francs. A la Société d'Éditions scientifiques.

III. — Le Conseiller de la jeune femme, mères et nourrices, par le docteur L. Cassine. Un volume in-18 raisin de la petite Encyclopédie médicale. Prix : 3 francs. A la Société d'Éditions scientifiques.

I. — Au moment où le Dr Ch. Quinquaud vient d'être prématurément enlevé à la science, on peut se rendre compte de la perte que vient de faire le corps médical, en parcourant cet ouvrage où sont relatées hon nombre des expériences originales de ce regretté savant. Ce ne sont pas ici des discussions plus ou moins théoriques sur l'action thérapeutique des médicaments, mais une étude expérimentale, faite au laboratoire, sur un certain nombre d'entre eux, avec la relation des diverses phases des expériences.

Outre l'intérêt que ces études *in animâ vili* peuvent avoir par elles-mêmes, il en ressort hon nombre d'enseignements pratiques que le médecin en déduira facilement et dont il pourra trouver sur le terrain clinique, de fructueuses applications.

Autant de chapitres, autant d'études différentes faites avec la même honnêteté scientifique. De l'influence des bains froids et des bains chauds sur les phénomènes cliniques de la respiration et de la nutrition élémentaire. Etude sur la paraldéhyde. Etude expérimentale sur les effets physiologiques de l'eau oxygénée en injections intra-veineuses. Note sur l'action du chlorhydrate de Kairine. Action mesurée au dynamomètre des poisons dits musculaires, sur les muscles de la vie de relation. Les inhalations d'oxygène dans l'atmosphère normale. Action de l'hypnone sur le sang. Recherches expérimentales sur l'action du tanguin de Madagascar. Etude sur le traitement du diabète sucré.

Le dernier chapitre, très important, traite des procédés divers de dosage du sucre et des effets d'un certain nombre de médicaments sur le diabète sucré, aussi hien chez les animaux que chez l'homme, bicarhonate de soude, arsenic, féculents, alcool, antipyrine, etc.

II. — Le supplément du *Guide pratique des Sciences médicales*, publié sous la direction de M. le Dr Letulle, contient des chapitres tout à fait nouveaux et dont le praticien reconnaîtra la grande utilité. MM. Moraz et Nicolle ont mis, dans le titre « Bactériologie clinique », la technique bactériologique à la portée des médecins qui se sentiraient poussés dans cette voie sans avoir les loisirs de vivre dans un grand laboratoire. La plupart des recherches pourront être ainsi facilement faites en vue d'obtenir une conclusion pratique dans les cas de clinique quotidienne.

Dans le chapitre des maladies de l'estomac sont exposées les recherches si intéressantes de M. Winter sur la digestion normale. Une étude sur le choléra vient ensuite, suivie d'une étude sur les péritonites, et d'un très important chapitre sur les maladies du foie.

Enfin le Dr Démelin, chef de clinique de la Faculté, s'est chargé, sous le titre de « Séméiologie obstétricale », de l'étude des différents symptômes et signes que l'on peut reconnaître chez la femme pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches et il nous montre quel parti on doit tirer des procédés classiques d'exploration au point de vue du diagnostic et du pronostic.

III. — Les jeunes femmes, à leur première grossesse, n'ont aucune expérience, puisque l'éducation de la jeune fille moderne est absolument muette sur ce point (probablement d'une faible importance pour MM. les pédagogues) et se trouvent par conséquent entre deux dangers : commettre de véritables imprudences par ignorance ou par bravade ou bien s'abandonner aux exagérations et aux préjugés de la sollicitude de leurs mères.

C'est pour les mettre en garde contre des accidents que le Dr Cassine leur offre ce *vade mecum*, clair et rédigé dans un style qui ne manque pas de charme.

Citer quelques-uns des chapitres de ce petit ouvrage, c'est montrer son utilité. Soins à donner à la mère pendant et après l'accouchement. Soins au nouveau-né. Allaitement par la mère, allaitement par une nourrice. Allaitement artificiel. Sevrage. Hygiène de l'enfance. Médecine infantile.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 9 AU 14 AVRIL 1894

A. — EXAMENS

LUNDI 9 AVRIL. — *Dissection*: MM. Tillaux, Sebileau, Poirier. — *Physiologie*: MM. Straus, Rémy, Retterer. — *Pathologie interne*: MM. Fournier, Landouzy, Marie. — *Clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu, 1re série): MM. Terrier, Lejars, Delbet. — *Clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu, 2e série): MM. Nicaise, Ricard, Tuffier. — *Clinique médicale* (Hôtel-Dieu): MM. Brissaud, Chauffard, Déjerine.

MARDI 10 AVRIL. — *Dissection*: MM. Mathias Duval, Humbert, Rémy. — *Physiologie*: MM. Le Dentu, Quénu, Chantemesse. — *Pathologie externe*: MM. Duplay, Maygrier, Brun. — *Thérapeutique et médecine légale*: MM. Dieulafoy, Pouchet, Ménétrier. — *Clinique chirurgicale* (Charité): MM. Guyon, Richelot, Nélaton. — *Clinique médicale* (Charité): MM. Laboulbène, Marfan, Roger.

MERCREDI 11 AVRIL. — *Médecine opératoire*: MM. Lejars, Tuffier, Poirier. — *Anatomie*: MM. Nicaise, Retterer, Sebileau. — *Pathologie externe*: MM. Tillaux, Jalaguier, Varnier. — *Pathologie interne*: MM. Straus, Joffroy, Brissaud. — *Thérapeutique et médecine légale* (1re serie): MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — *Thérapeutique et médecine légale* (2e série): MM. Potain, Chauffard, Déjerine.

JEUDI 12 AVRIL. — *Médecine opératoire*: MM. Guyon, Rémy, Schwartz. — *Anatomie* (1re série): MM. Mathias Duval, Nélaton, Albarran. — *Anatomie* (2e série): MM. Panas, Quénu, Poirier. — *Pathologie externe*: MM. Tarnier, Le Dentu, Humbert. — *Thérapeutique et médecine légale*: MM. Joffroy, Chantemesse, Letulle.

VENDREDI 13 AVRIL. — *Dissection*: MM. Terrier, Nicaise, Poirier. — *Physique, chimie et histoire naturelle médicale*: MM. Baillon, Pouchet, André. — *Anatomie*: MM. Ricard, Sebileau, Retterer. — *Clinique chirurgicale* (Charité): MM. Tillaux, Lejars, Tuffier. — *Clinique médicale* (Charité, 1re série): MM. Straus, Chauffard, Marie. — *Clinique médicale* (Charité, 2e série): MM. Potain, Landouzy, Brissaud. — *Clinique obstétricale* (Clinique Baudelocque): MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Varnier.

SAMEDI 14 AVRIL. — *Dissection*: MM. Duplay, Schwartz, Poirier. — *Anatomie*: MM. Rémy, Quénu, Roger. — *Physiologie*: MM. Mathias Duval, Gley, Heim. — *Clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu, 1re série): MM. Panas, Humbert, Nélaton. — *Clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu, 2e série): MM. Le Dentu, Richelot, Albarran. — *Clinique médicale* (Hôtel-Dieu): MM. Laboulbène, Chantemesse, Letulle. — *Clinique obstétricale* (Clinique de la rue d'Assas): MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

B. — THÈSES

MERCREDI 11 AVRIL. — *M. Arias*: Brève étude sur les paralysies radiculaires du plexus brachial: MM. Fournier, Terrier, Gaucher, Delbet. — *M. Magill*. — Approximation viscérale par plaques résorbables (Méthode de Senn): MM. Terrier, Fournier, Gaucher, Delbet.

JEUDI 12 AVRIL. — *M. Bégusseau*. — Relation d'une épidémie de suette miliaire observée dans le département de la Vienne: MM. Laboulbène, Duplay, Richelot, Netter. — *M. Tacquet*. — Des voies lacrymales comme cause de l'origine nasale des affections oculaires: MM. Duplay, Laboulbène, Richelot, Netter. — *M. Simonin*. — Des ulcérations de la laryngite catarrhale aiguë: MM. Duplay, Laboulbène, Richelot, Netter. — *M. Potier*. — Polyadénite chronique périphérique chez les enfants: MM. Grancher, Dieulafoy, Marfan, Ménétrier. — *Mlle Gorvitz*. — Contribution aux formes cliniques anormales d'endocardite infectieuse chez les enfants: MM. Dieulafoy, Grancher, Marfan, Ménétrier.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des Médecins de France.

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES DES 1er ET 2 AVRIL 1894

Moins nombreux cette année, grâce au Congrès de Rome, les médecins de Paris et des départements ont assisté aux deux séances annuelles de l'Association générale des Médecins de France. Allocution du président, M. le professeur Lannelongue; exposé financier de l'infatigable trésorier, M. le Dr Brun, avec approbation de cet exposé financier par M. le Dr Philbert, membre du conseil général; compte rendu de la situation et des actes de l'Association pendant l'année 1893, par le secrétaire général, M. Lereboullet; rapport sur les demandes de pensions viagères par M. le Dr Motet: tel a été, sans compter le banquet confraternel à l'hôtel Continental, le bilan de la première journée.

L'œuvre de l'Association, fondée il y a trente-sept ans, est en pleine prospérité. La caisse centrale possède 1,717,000 fr., sans compter un capital de 200,000 fr. immobilisé par les rentes destinées aux pensions, ni le million que possèdent les Sociétés locales agrégées à l'œuvre. Voilà près de trois millions destinés à secourir les confrères malheureux, à leur assurer une retraite, dont le taux primitif, jadis de 300 fr., est aujourd'hui de 800 et s'élèvera prochainement à 1,200. Le président Lannelongue, doublé d'un député très soucieux des intérêts du corps médical, nous a dit qu'une loi nouvelle sur les Sociétés de secours mutuels leur permettra d'*assurer* la retraite à chacun de leurs membres, moyennant une prime spéciale fixée par des tables, fonds tout à fait distinct de ceux destinés à payer une indemnité temporaire en cas de maladie.

« La loi nouvelle, a dit en terminant le président de l'Association, nous accorde le droit de créer, comme il nous plaira, une caisse indemnité maladie, d'assurer individuellement chacun de nos membres, non seulement contre la maladie, mais aussi contre la vieillesse, de fonder une caisse autonome pour des secours aux veuves et aux orphelins, de permettre aux femmes de médecins de faire partie de nos Sociétés, etc. »

Comme l'a dit le secrétaire général, M. Lereboullet, l'*Association amicale des Médecins français*, récemment fondée par M. Cezilly, directeur du *Concours médical*, réalise en partie ce programme au point de vue de l'indemnité maladie. Elle mérite le succès qu'elle obtient déjà, car elle permet au médecin, moyennant une quotité annuelle qui augmente avec l'âge de l'adhérent, de donner à celui-ci 10 francs par jour de maladie, puis en cas d'infirmité une pension de 1,200 francs par an.

De son côté, l'Association générale emploie une partie de ses ressources à constituer des pensions viagères à quatre-vingt-treize confrères, infirmes, ruinés, incapables de se suffire et quelquefois obligés de partager un pain bien rare avec des parents qui n'ont qu'eux pour soutien.

Et ce résultat est obtenu avec la faible cotisation de 12 francs par an que recueille depuis trente-quatre ans l'Association générale et, comme l'a dit mon excellent ami, le Dr Motet, « chacun des membres de notre grande Association a le droit de se dire: j'ai ma part dans le soulagement de ces misères imméritées, ce que j'ai apporté chaque année au fonds commun a permis avec le temps de constituer cette pension viagère dont un confrère âgé, infirme, jouira demain. Je contribue au bien-être, à la sécurité des dernières années d'un vieillard qui n'aura pas même le souci de témoigner sa reconnaissance, je reste son bienfaiteur anonyme; il a *droit* à ce que je fais pour lui. »

Ces considérations ont amené à la séance de lundi le vote de dix pensions nouvelles de 800 francs, accordées à des médecins vraiment dignes, à la fin de leur carrière, de cet appui confraternel. Il s'est, à ce propos, élevé une discussion intéressante. Les pensions existantes ne sont que de 600 francs: ne devait-on pas les élever au même taux que les pensions nouvelles? Mais alors, comme l'ont fait remarquer nos confrères, MM. Brun et Motet, il eût fallu employer à la majoration de ces pensions une somme de 450,000 francs environ, ou bien faire un choix dans les 78 pensionnés anciens, ce qui eût été un travail difficile pour le conseil général insuffisamment renseigné à distance. Le conseil général a cependant promis d'étudier la question.

La commission des vœux avait pour organe M. le docteur Worms. L'un de ces vœux, émané de la Société de l'Allier, concernait l'autorisation pour les médecins des stations thermales de ne faire leur service de vingt-huit jours qu'après la saison. Il a été décidé qu'une action individuelle des intéressés auprès de leurs sénateurs ou députés suffirait pour l'obtention du sursis.

Un autre vœu commun aux Sociétés de l'Ain et de Saint-Quentin demandait la dispense pour les médecins de l'impôt sur les voitures. M. le président Lannelongue, que les conclusions du rapport chargeaient de provoquer à ce sujet l'intervention de l'initiative parlementaire, a fait remarquer que, pour réussir, il fallait que cette initiative fût d'accord avec les intentions du gouvernement, ce qui n'est pas le cas actuel; mais il a promis de tenter un effort dans le sens des revendications du corps médical au moment où l'on discutera la réforme de l'impôt.

Un autre vœu plus passionnant a soulevé une vive discussion. La Société des Landes s'émeut de voir arriver à elle, après qu'on a sollicité leur adhésion pendant vingt-cinq ans, des médecins qui ne demandent à entrer qu'au moment où leur situation, devenue précaire, les forcera à solliciter un secours. La Société des Landes, soutenue à l'assemblée générale par son secrétaire-général, M. Sentex, voudrait: 1° que dorénavant l'acte d'adhésion à l'une quelconque des Sociétés locales soit fait dans les dix ans qui suivent l'ob-

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 15 — 14 Avril 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL COCHIN. — M. E. QUÉNU

Les abcès péri-recto-anaux.

DEUXIÈME LEÇON

Les suppurations de la marge de l'anus sont de deux espèces et forment deux types cliniques assez différents l'un de l'autre. Les unes siègent dans la peau : ce sont les *abcès tubéreux*. Les autres siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané : elles constituent les *phlegmons de la marge de l'anus* proprement dits.

Les abcès tubéreux. — Les abcès tubéreux de l'anus ressemblent beaucoup à ceux qu'on observe sur la peau de la région axillaire. Comme eux, ils siègent dans les glandes pilo-sébacées ou sudoripares et sont, par conséquent, intra-cutanés ; ils sont, sans doute, la conséquence de l'infection produite sur les glandes de la peau de la marge de l'anus par des écoulements du rectum et du vagin, ou bien le résultat d'une véritable inoculation qu'un malade atteint d'eczéma, d'intertrigo ou d'une affection péri-anale quelconque peut se faire à lui-même par le grattage.

Je crois que l'histoire de ces petits abcès cutanés devrait être reprise. Chassaignac disait qu'ils n'étaient autre chose que des lymphangites; mon avis est qu'il y a, dans cette manière de voir, une grande part de vérité. Que les abcès tubéreux aient leur point de départ dans les glandes, je ne le nie pas; mais l'infection glandulaire, si elle explique l'abcès intra-dermique, ne saurait expliquer la collection sous-cutanée qu'on observe si souvent dans ces cas ; celle-ci n'est, peut-être, que le résultat d'une lymphangite péri-glandulaire. A mon sens, on peut considérer qu'il y a deux étapes dans l'évolution de ces abcès superficiels : dans la première, la glande seule est atteinte ; dans la seconde, l'infection rayonne de la glande vers le réseau lymphatique du voisinage.

Ces petits abcès guérissent, d'habitude, assez facilement, mais il n'est pas rare de les voir durer pendant plusieurs semaines; il se produit alors une série d'inoculations successives et la maladie se termine, dans certains cas, par une fistulette sous-tégumentaire qui ne guérit que par l'intervention chirurgicale.

Il faut traiter les abcès tubéreux, au début de leur évolution, par la cautérisation au galvano-cautère ; on stérilise ainsi le foyer infectieux. Quand la collection est formée, il convient de l'inciser largement et d'en désinfecter la paroi par le curettage, la cautérisation au chlorure de zinc, les lavages antiseptiques, etc.

Les abcès de la marge de l'anus. — L'évolution des abcès de la marge de l'anus n'est pas toujours la même; vous avez pu constater, en examinant les malades de mon service, que ces abcès mettaient « *à aboutir* » un temps variable. Chez quelques-uns, vous avez vu se produire autour de l'anus, en l'espace de quelques jours, une tumeur globuleuse, chaude, douloureuse, rendant pénibles la station assise, la marche et la défécation, déterminant quelquefois la dysurie et la rétention d'urine, s'entourant d'une zône œdémateuse plus ou moins étendue, engendrant la fièvre et se terminant par l'évacuation, à la surface de la peau, d'un pus qui est presque toujours fétide, même quand la cavité de l'anus ne communique pas avec le foyer purulent. C'est bien là l'*abcès chaud* de la marge de l'anus. Chez d'autres malades, au contraire, l'affection évolue lentement; c'est une tuméfaction indurée et indolente qu'on constate tout d'abord ; celle-ci dure trois, cinq ou six semaines, sans qu'aucun changement apparent survienne dans les caractères de la tumeur ; puis, un beau jour, celle-ci s'enflamme, la peau rougit, un peu de réaction générale apparaît et il y a, en dernière analyse, évacuation d'un pus moins épais, moins louable, parfois formé d'une sérosité mélangée de quelques grumeaux caséeux, parfois en tout semblable à celui des abcès chauds. C'est là l'*abcès froid*, l'abcès tuberculeux de la marge de l'anus.

Dans le pus des abcès chauds, on trouve le bactérium coli à l'état de culture pur, ou associé à d'autres micro-organismes, tels que le streptocoque, le staphylocoque; ce pus est presque toujours très fétide, soit qu'il se produise au travers des parois intestinales une véritable osmose gazeuse, soit qu'il faille attribuer au bactérium coli la putridité du foyer purulent.

Dans le pus des abcès froids, on rencontre le bacille de

Koch ordinairement associé au bactérium coli, au streptocoque ou au staphylocoque. Smith, en 1883, a trouvé le bacille de la tuberculose dans un abcès froid péri-anal; Gangolphe (*Lyon Médical*, 1884) et Hartman (Congrès de la tuberculose, 1893) ont publié chacun, à cet égard, des faits très démonstratifs. C'est évidemment par les associations microbiennes qu'il faut expliquer l'évolution en deux temps de ces abcès tuberculeux qui ne déterminent d'abord aucune réaction et se comportent ensuite comme de véritables petits phlegmons aigus.

Les abcès chauds de la marge de l'anus sont toujours consécutifs à une maladie de l'anus ou du rectum, car je ne crois guère, pour ma part, à l'existence de ces abcès, que Gosselin appelait *idiopathiques*, qui n'avaient pas de cause occasionnelle appréciable et qu'on attribuait à quelque cause interne de nature inconnue.

On a expliqué de trois façons la pathogénie des abcès qui apparaissent comme complication d'une affection de l'anus ou du rectum.

Gosselin les attribuait pour la plupart à la pénétration avec effraction dans le tissu cellulaire des gaz et des liquides stercoraux. Quand une aiguille, une arête, un fragment d'os, une canule maladroite ou une ulcération ne pouvaient être incriminés; quand la cause se réduisait à quelques vésicules d'eczéma, à une poussée de congestion hémorrhoïdaire, il admettait comme probable que dans tous ces cas, de même que dans les abcès au cours d'un cancer ou d'un rétrécissement du rectum, l'inflammation se propageait peu à peu de la peau ou de la muqueuse rectale au tissu cellulaire extérieur.

Pour Desprès, les abcès de la marge de l'anus ne seraient, au contraire, que des phlébites et des périphlébites suppurées.

Je n'oppose à aucune de ces théories une dénégation formelle; je crois qu'elles sont, les unes et les autres, applicables à quelques cas isolés; mais je pense qu'elles doivent aujourd'hui céder le pas à une interprétation des faits plus en rapport avec nos connaissances de pathologie générale.

La pénétration du contenu rectal dans le tissu cellulaire ne peut s'expliquer que par la perforation des parois intestinales. Or, cette perforation de la muqueuse anale par un corps étranger n'est pas un fait d'observation suffisamment générale pour qu'on puisse de la sorte expliquer dans la majorité des cas la formation du pus sous la muqueuse et, à plus forte raison, celle du pus sous la peau, à une petite distance du point inoculé. Cette pathogénie est d'ailleurs en désaccord avec les faits assez nombreux dans lesquels l'abcès et la fistule qui en résulte demeurent sans communication avec le rectum; j'ai pris tout récemment le soin de vérifier la réalité de ces trajets borgnes externes, en variant mes explorations sous le chloroforme, en injectant des liquides colorés, etc.

L'hypothèse d'une inflammation par continuité n'est point satisfaisante pour l'esprit; la muqueuse intestinale a beau être ulcérée, l'infection ne gagne pas le voisinage. Voyez donc les typhiques, les dysentériques, les tuberculeux; chez tous ces malades, la péritonite est exceptionnelle quand il n'y a pas perforation complète de l'intestin; la propagation inflammatoire ne suffit pas à la provoquer.

Quant à la phlébite hémorrhoïdaire, elle ne saurait être invoquée pour expliquer la formation de ces abcès; cette phlébite a d'ailleurs ses caractères cliniques bien nets: elle s'accuse sous la forme d'une petite tumeur dure, violacée, tendue, simple hémorrhoïde thrombosée dont la suppuration plus ou moins tardive, peu fréquente d'après Chassaignac, n'est qu'un mode de terminaison; l'hémorrhoïde est bien cause essentielle d'abcès, mais par l'excoriation de la muqueuse qui la revêt.

Pour moi, dans les suppurations péri-anales et péri-rectales, il s'agit d'infections propagées, dans la grande majorité des cas, par les voies lymphatiques; je crois que là, comme partout ailleurs, la lymphangite ou l'adénite tiennent le premier rôle.

Cette démonstration est-elle bien nécessaire? n'est-ce pas là une vérité admise et reconnue par tout le monde? Pour se convaincre du contraire, il n'est besoin que de parcourir les recueils classiques qui sont comme la concentration des leçons éparses et le résumé des opinions communes; les idées courantes, même dans les derniers traités didactiques, sont encore celles qu'exprimait Gosselin en 1865 dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*.

Rien d'original sur ce sujet à relever dans le *Traité des Maladies du Rectum* de Mallière; dans les ouvrages classiques étrangers d'Esmarch, d'Allingham, Cripps, Ball, etc.

Le premier, Chassaignac avait entrevu la part importante qui revient au système lymphatique dans les inflammations péri-anales. On sait, en effet, qu'il divisait les abcès superficiels en tubéreux, phlegmoneux et phlébitiques; d'après sa manière de voir, les tubéreux dépendaient d'une irritation des lymphatiques contenus dans l'épaisseur de la peau; les phlegmoneux faisaient suite à une irritation transmise par le réseau lymphatique sous-épidermique irrité par une des mille et une causes susceptibles de produire cette irritation. Sauf peut-être pour les abcès tubéreux, l'interprétation pathogénique de Chassaignac me paraît être la vraie; il ne l'appliquait qu'aux abcès de la marge: je suis convaincu, et je vous en donnerai bientôt les preuves, qu'il faut l'étendre aux abcès de la fosse ischio-rectale et mieux encore aux abcès péri-rectaux, dont ceux de l'espace pelvi-rectal supérieur forment la variété la plus importante.

Je dois ajouter, cependant, que, dans une clinique récente (*Gazette des Hôpitaux*, 1892), le professeur Duplay regarde les abcès superficiels de la marge comme le résultat ordinaire d'une infection lymphatique ou d'une périphlébite hémorrhoïdaire. La même opinion était, paraît-il, professée par Tripier, de Lyon (Th. de Francon, Lyon 1883-84).

L'étiologie des abcès péri-ano-rectaux est commune à toutes leurs variétés et, par elle seule, on peut bien juger du rôle que la lymphangite joue dans leur pathogénie; elle consiste, en somme, essentiellement en un solution de continuité intéressant la muqueuse anale, avec ou sans complication de corps étranger. Trélat insistait, dans ses leçons, sur la fréquence du point de départ des phlegmons péri-rectaux dans une hémorrhoïde ou dans une fissure; le siège de ces petites solutions de continuité paraît être assez constant; il est bas placé, répond souvent aux valvules de Morgagni, à tel point qu'avec assez de raison, Ribes avait invoqué la rétention de parcelles stercorales dans ces valvules comme cause habituelle de l'inflammation; c'est dans ces conditions qu'à une certaine distance se développe sous la peau une tuméfaction globuleuse et dure, prélude d'une future suppuration.

Je ne veux pas revenir sur la disposition de l'appareil lymphatique de l'anus, mais rappelez-vous que ces lymphatiques forment un réseau sous-sphinctérien ; que de ce réseau partent de petits troncules qui se groupent en faisceaux, je dirais volontiers en grappes, dans les colonnes de Morgagni, entre les valvules, là où la muqueuse est le plus exposée ; que cette muqueuse renferme elle-même du tissu lymphatique, sous forme d'amas cellulaires qui sont de véritables follieules clos. C'est dans de telles conditions de richesse lympbatique que des gerçures de la muqueuse ou de la peau sont suivies, sur place ou à une petite distance, d'inflammation ou d'abcès. Il me paraît impossible de nier l'existence d'une étroite relation entre tous ces faits.

Parfois les abcès de la marge sont multiples. J'ai dans mon service un malade atteint de rectite non tuberculeuse, auquel on ouvrit trois abcès non tubéreux de la marge, indépendants l'un de l'autre : deux communiquaient avec l'intestin ; le troisième, plus périphérique, à la limite de la marge anale, était peu profond, exclusivement sous-sphinctérien et sans le moindre prolongement vers la muqueuse rectale ; ces trois collections nous représentaient assez bien les abcès en chapelet qu'on observe autour des troncules lymphatiques infectés.

On ne saurait invoquer contre mon interprétation des suppurations péri-anales la rareté des adénites inguinales ; qu'on veuille bien remarquer, en effet, que le résultat ordinaire d'une suppuration locale est de sauvegarder, au moins pour une certaine période, l'intégrité de l'appareil ganglionnaire ; une angioleucite superficielle des doigts sans suppuration, une simple écorchure inoculée sans lésion locale appréciable, sont presque fatalement suivies d'un retentissement ganglionnaire ; le panaris sous-cutané, dont Dolbeau nous a démontré l'origine lymphangitique, ne s'accompagne ordinairement d'aucun engorgement axillaire; en d'autres termes, à virulence égale, la diffusion générale du poison est inversement proportionnelle à l'intensité de la réaction locale ; la suppuration n'est que l'indice d'une efficace résistance des tissus ; la thrombose des troncs lymphatiques ajoute une barrière à la dissémination de l'agent virulent. Ces notions générales, que nous devons aux travaux des bactériologistes, à Metchnikoff, à Bouchard, etc., sont parfaitement applicables aux infections parties de l'anus; l'illustre auteur du *Traité de la Suppuration* avait parfaitement observé ces limitations de l'infection à certaines parties de l'appareil lymphatique; il écrivait, en effet, cette proposition que je ne puis résister au désir de vous citer : « On croit généralement que l'angioleucite des réseaux lymphatiques se transmet toujours le long des vaisseaux jusqu'aux ganglions ; cela n'est pas exact: *il y a des confinements* dont la cause nous échappe ; l'inflammation se circonscrit, se séquestre dans un point du système lymphatique, sans propagation ultérieure ».

Les phlegmons de la fosse ischio-anale ne sont donc que des lymphangites trajectives propagées au tissu cellulaire. En dehors des raisons que je vous ai déjà données, la marche du pus, l'évolution de l'abcès et l'apparition des décollements secondaires en sont la preuve.

Au début, en effet, les abcès ischio-rectaux ne présentent aucune communication avec l'intestin; ils conservent, dans quelques cas, cette indépendance, et c'est vraisemblablement dans ces conditions particulières que leur guérison a pu s'obtenir sans incision du rectum; mais, le plus souvent, ils communiquent secondairement avec la cavité rectale et, si j'en crois mes observations et celles de M. Hartmann, cette communication s'établirait toujours au même point, au niveau du bord supérieur du sphincter externe, à la limite du releveur de l'anus ; elle peut être précédée ou suivie d'un décollement qui remonte à la face externe du releveur de l'anus, entre ce muscle et une lamelle aponévrotique qui, au sommet du creux ischio-rectal, reste séparée du releveur par des pelotons de graisse. Je signale cette disposition parce que, le stylet s'engageant de toute sa longueur dans ce décollement, et laissant, entre lui et le doigt introduit dans le rectum, toute l'épaisseur des parois rectales, on est tenté de croire à un abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur.

Rappelez-vous l'histoire de cette jeune femme de 26 ans que vous avez pu observer au Pavillon Pasteur, dans la salle Richet, où elle était entrée le 2 janvier 1894, pour un abcès péri-anal.

Les antécédents héréditaires et personnels de cette malade écartaient toute idée d'abcès diathésique. Nous relevons seulement chez elle des habitudes alcooliques et une constipation habituelle avec quelques phénomènes de fissures, tels que douleurs et issue de quelques gouttes de sang après les selles. Le 28 décembre, apparurent, en même temps qu'une poussée générale d'eczéma, des douleurs dans la fesse et dans l'aine gauches, au niveau des ganglions. Le lendemain, ces douleurs inguinales avaient disparu, mais les douleurs péri-anales ne firent qu'augmenter et le 3 janvier, c'est-à-dire cinq jours après leur début, mon interne, M. Lepetit, pratiqua une incision large, antéro-postérieure, à cinq ou six centimètres en dehors de l'anus ; il ne put reconnaître aucun trajet s'ouvrant dans l'intestin. Il s'écoula du foyer une énorme quantité de pus fétide. Les phénomènes phlegmoneux se dissipèrent peu à peu, mais il resta un trajet fistuleux. L'orifice de la fistule, à l'examen qui fut pratiqué le 15 février, se trouvait à environ trois centimètres de l'orifice anal. L'index gauche étant introduit dans le rectum, on constatait que le stylet en était séparé par toute l'épaisseur du sphincter, puis qu'il se rapprochait du rectum sans devenir jamais sous-muqueux, pour s'éloigner ensuite en se dirigeant de bas en haut et de dedans en dehors ; presque tout le stylet disparaissait dans le trajet.

Le 15 février, je pratiquai l'opération suivante sous le chloroforme : j'excisai tout le tissu induré autour du trajet et pus observer que celui-ci, arrivé à une certaine hauteur, se bifurquait en deux branches: l'une externe, qui gagnait en s'évasant le sommet de la fosse ischio-rectale ; l'autre, interne, s'insinuait sous une aponévrose que je reconnus être celle qui s'applique en bas sur le releveur de l'anus. Une partie de la graisse avait été excisée, un grand écarteur vaginal avait été placé en dehors, et je pus de la sorte faire ces constatations de la façon la plus nette. L'aponévrose fut incisée aussi haut que possible, et le creux ischio-rectal bourré de gaze iodoformée. Quatre jours après cette opération qui ne fut suivie d'aucune suppuration, nous nous aperçûmes, en faisant le pansement, qu'une gouttelette de pus venait sourdre sur la paroi interne à une hauteur de deux centimètres et demi environ de l'orifice anal: j'introduisis un stylet et pus pénétrer dans l'intestin.

Cette observation nous démontre bien deux choses: d'une

part, la nature lymphangitique du phlegmon engendré à distance par une fissure anale avec retentissement ganglionnaire; d'autre part, l'évolution en deux temps de toutes ces inflammations péri-anales : dans une première phase, il se produit un phlegmon suppuré autour d'un lymphatique inoculé; dans une deuxième, l'abcès détermine de proche en proche, là où s'y prête la structure des divers plans, des décollements secondaires.

Je viens d'insister longuement, devant vous, sur la pathogénie des abcès chauds de la marge de l'anus; il me reste à vous dire maintenant comment se développent les abcès froids.

Ceux-ci, vous le savez, ne sont pas autre chose que des tuberculoses locales; ils apparaissent chez des individus qui ne semblent pas avoir d'autres manifestations tuberculeuses, ou bien, au contraire, chez des tuberculeux avérés; le pus que contiennent ces abcès est quelquefois séro-caséeux; mais assez ordinairement, le foyer tuberculeux ayant été envahi par les microbes ordinaires de la suppuration, le pus ne diffère pas sensiblement, par ses caractères extérieurs, du pus des abcès chauds. La présence du bacille de Koch est souvent la seule caractéristique du contenu des abcès froids péri-ano-rectaux.

On a expliqué de plusieurs façons le développement, autour de l'anus, des foyers de tuberculose locale, mais, il faut bien le dire, tout n'est encore à cet égard qu'hypothèse. Selon Koch, des malades ayant de la tuberculose pulmonaire avalent leurs crachats et le bacille peut alors, au travers de la paroi intestinale, infecter les zones voisines, le tissu cellulaire de la fosse ischio-rectale, par exemple. On a objecté à cette interprétation que les sucs digestifs devaient détruire le bacille tuberculeux, mais Lichteim et Geffky ont constaté que celui-ci colonisait abondamment dans les matières fécales des tuberculeux.

L'hypothèse de Koch semble donc mériter quelque crédit; mais ne faut-il pas, pour expliquer l'infection des régions péri-intestinales, admettre l'existence d'une ulcération sur la muqueuse? Or, cette ulcération est rare. Hartman, sur quarante et un cas d'abcès de la marge de l'anus, n'a observé que deux ulcérations intestinales et vous avez pu voir, sur un de nos derniers malades, que la muqueuse n'était point perforée. Il est vraisemblable, comme le dit Hartman, que l'infection se produit simplement à la faveur de petites érosions, de petites éraillures qui sont cliniquement négligeables; j'ajoute qu'entre ces érosions et le foyer tuberculeux péri-anal le système lymphatique vient vraisemblablement jouer encore une fois son rôle d'intermédiaire.

Je ne veux pas, à propos du traitement des suppurations péri-anales, raviver devant vous l'éternelle querelle de Foubert et de Faget. Je pense que, pour quelques rares abcès, il faut opérer comme Foubert, c'est-à-dire inciser l'abcès sans ouvrir le rectum, et que pour d'autres, au contraire, pour la grande généralité, il faut opérer comme Faget, c'est-à-dire comprendre dans la section toute la zône infectée et la paroi rectale.

En ce qui concerne les abcès de la marge de l'anus, c'est-à-dire la grande majorité des collections péri-anales, le mieux est d'imiter Faget et de suivre les préceptes tour à tour défendus par Chassaignac, par Trélat, par Reclus, c'est-à-dire d'inciser largement suivant le rayon d'une circonférence dont l'anus serait le centre, en intéressant la muqueuse rectale. Ces abcès, vous ai-je dit, sont sous-sphinctériens; vous n'avez donc point à craindre, en faisant un large débridement, l'incontinence ultérieure des matières fécales.

Il en est tout autrement pour les collections de la fosse ischio-anale. Si le pus a déjà déterminé la perforation des parois rectales, la section de celles-ci est une mesure à laquelle il faut bien se résoudre, mais si vous êtes appelés de bonne heure et que vous puissiez agir lorsque, comme disaient les anciens, l'abcès est encore vert, rien ne vous empêche de tenter la simple ouverture large antéro-postérieure, respectant l'intégrité du sphincter et ne déformant pas l'anus.

En ce qui concerne les abcès tuberculeux, la simple incision est tout à fait insuffisante; il faut exécuter une véritable petite opération, ajouter à l'ouverture large de l'abcès et de ses décollements un curettage soigné du foyer et une cautérisation au chlorure de zinc : j'entends qu'il s'agit de malades à état général encore satisfaisant; sinon, si vous avez affaire à des phtisiques de la dernière période, moins vous ferez, mieux cela vaudra; votre intervention n'est que pour soulager, non pour guérir; contentez-vous d'assurer l'évacuation du pus et de supprimer une cause de souffrance et de débilitation. S. P.

REVUE GÉNÉRALE

Relations de l'ataxie locomotrice avec la paralysie générale (*suite et fin*).

Par le Dr G. Lemoine, de Lille.

Quel est le point de départ de la maladie? Pour M. Raymond, ce sont les vaisseaux qui, atteints d'endartérite, détermineraient la sclérose. Cette sclérose serait diffuse pour l'encéphale, en raison de sa structure, et systématisée dans la moelle, en raison des conditions physiologiques de la dégénération wallérienne dans les cordons spinaux postérieurs. Le processus, malgré la différence symptomatique et anatomique, est donc identique, et le tabes s'associe à l'encéphalite, parce que c'est la même maladie, avec une localisation différente.

M. Ballet considère le tabes comme une myélite d'origine péritubulaire; la névroglie et les vaisseaux spinaux ne seraient intéressés que secondairement. La paralysie générale serait, au contraire, une encéphalite diffuse d'origine vasculaire. Le processus fondamental est donc très différent, et les deux affections n'ont de commun que leur association fortuite.

Enfin, M. Joffroy regarde la cellule comme primitivement malade; la paralysie générale et le tabes seraient de véritables inflammations parenchymateuses du système nerveux. Malgré cette similitude d'évolution, M. Joffroy n'accepte pas l'identité du processus, parce que l'ataxie est une lésion systématique du système sensitif, tandis que la paralysie générale est une lésion diffuse, qui n'a rien de systématique. Il n'y a donc pas association, mais simplement coïncidence des deux affections.

M. Rendu (1), résumant ces différentes opinions, conclut qu'au point de vue anatomo-pathologique, les lésions se répartissent sur les différents éléments du système nerveux, sinon d'une manière identique, du moins d'après un processus similaire, intéressant simultanément, quoique à

(1) Rendu : Société médicale des hôpitaux. 10 juin 1892.

des degrés variables, les cellules nerveuses, les tubes nerveux, la névroglie et les vaisseaux artériels ; et il termine en se ralliant, comme M. Raymond, à l'hypothèse de deux maladies identiques, reconnaissant le même processus, mais présentant une marche et des allures variables en raison de leur localisation.

VI

Le premier auteur qui ait cherché à expliquer la marche des lésions, dans les cas où la paralysie générale et le tabes se trouvent associés, est Calmeil. Cet auteur, dans son traité des maladies inflammatoires du cerveau, paru en 1859, après avoir relaté l'observation d'un ataxique qui, plus tard, présenta les troubles cérébraux de la paralysie générale, écrit : « Il existe certainement de ces cas où l'inflammation débute dans le mode chronique vers la moelle spinale, où les mouvements et la sensibilité sont d'abord seuls lésés, où les facultés morales et intellectuelles sont alors compromises à leur tour, et où ces derniers dérangements fonctionnels sont les conséquences d'une périencéphalite diffuse, vu que l'inflammation procède dans ces circonstances de bas en haut... »

Calmeil semble donc considérer ces deux affections comme dérivant d'un processus de même nature. Cette identification de la paralysie générale et du tabes n'est pas admise par Baillarger.

M. Jaccoud (1) reconnaît, lui aussi, que dans certains cas « l'ataxie précède de plusieurs mois ou de plusieurs années les désordres intellectuels et les autres phénomènes caractéristiques de la paralysie générale ; que ces faits, si étranges en apparence, perdent toute leur obscurité, si on envisage le sujet au point de vue anatomique. » Cette succession des accidents propres à l'ataxie et à la paralysie, indique que « le travail morbide, longtemps limité à la moelle, a fini par atteindre les régions encéphaliques du système nerveux. »

Il y aurait donc un mode de propagation très net d'une maladie à l'autre, M. Jaccoud admet seulement l'identité anatomique.

M. Topinard (2) propose de faire de la paralysie générale, survenant dans le cours de l'ataxie, une forme spéciale dite ataxique ; de même, il admet une ataxie locomotrice à forme cérébrale, dans laquelle les symptômes ataxiques résulteraient de la propagation de la lésion cérébrale au cervelet et aux cordons postérieurs.

Carre (3), sans admettre l'identification des deux maladies, reconnaît qu'elles présentent toutes deux des rapports intimes ; quand elles se développent parallèlement, l'enchevêtrement des symptômes rend difficile de les séparer l'une de l'autre, mais quand la paralysie succède à l'ataxie, elle paraît n'être que la continuation, la seconde étape de l'ataxie, et, ajoute-t-il : « la comparaison des lésions anatomiques explique cette solidarité, et n'est-on pas conduit à rapprocher l'ataxie locomotrice progressive de la paralysie générale des aliénés ? »

Cette analogie entre les deux maladies, basée sur l'anatomie pathologique, a été nettement exposée par M. Magnan (*Gazette des hôpitaux, 1866*), admise par Hayem, démontrée en Allemagne par Westphal.

Plus tard, à propos de deux nouvelles observations, M. Magnan ne fit qu'accentuer son opinion sur l'identité de la paralysie générale et de l'ataxie : « Le mode d'apparition de la lésion, sa propagation habituelle, ses caractères généraux, toujours les mêmes, démontrent qu'un lien commun unit ces manifestations morbides. De ces relations intimes, entre les lésions médullaires et cérébrales dans la paralysie générale, on peut conclure que le fait capital dans le développement de la maladie est la disposition générale de tout le système nerveux à un mode particulier d'irritation présidant aux déterminations locales multiples qui se produisent ».

Dans une discussion à la Société médico-psychologique, en 1872-73, dans laquelle ces opinions furent admises par Bouchereau, Foville, Falret, M. Magnan (1) fut amené à émettre la conception d'une maladie générale du système nerveux, la sclérose, de laquelle naitraient l'ataxie et la paralysie générale. Dans tous les cas, d'après cet auteur, où l'ataxie locomotrice s'était manifestée avant, pendant et après la paralysie générale, l'autopsie a révélé, en plus de l'encéphalite, des scléroses de la moelle et des nerfs crâniens. Le système nerveux semblerait posséder une prédisposition spéciale et toutes les conditions pathogéniques nécessaires à la production de la sclérose. M. Foville a soutenu aussi la dépendance des deux maladies et la même théorie pathogénique par propagation de la moelle au cerveau.

Cette théorie a été combattue en partie par M. Rey, qui, rapportant deux observations où les phénomènes cérébraux avaient coïncidé avec des accidents congestifs, se range à l'opinion de Baillarger et de Dagonet (2) qui, constatant la fréquence des congestions dans la paralysie générale et dans l'ataxie, admettent que leur présence dans cette dernière affection peut expliquer l'apparition d'une paralysie générale intercurrente. Il n'y aurait donc qu'une simple coïncidence dans la manifestation simultanée ou successive de ces deux maladies.

M. Aug. Voisin (3) admet qu'il n'y a aucune relation entre les lésions médullaires et encéphaliques, les secondes n'apparaissant après les autres que par suite d'une influence réflexe. L'irritation du sympathique dans la substance grise de la moelle provoquerait l'hypérémie cérébrale par paralysie réflexe des vaisseaux, d'où la congestion cérébrale, bientôt suivie des lésions de la paralysie générale.

L'identification des deux maladies n'est pas admise non plus par M. Luys (4), ni par M. Rouillard (5) ; d'après ces deux auteurs, il faudrait admettre l'existence de paralysies générales insidieuses, à forme tabétique au début, et qui plus tard se transformeraient en paralysies générales nettes.

Cette question des rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale a de nouveau été discutée à la Société médicale des Hôpitaux de Paris (avril-août 1892). M. Raymond, se basant sur des observations très complètes et suivies d'autopsies et d'examens histologiques minutieux, a proposé des conclusions qui, suivant l'opinion de M. Garnier, peuvent concilier tous les faits, sans qu'il soit besoin, soit d'admettre la coexistence des deux maladies (Baillarger, Axenfeld, Joffroy), la façon dont on envisage aujourd'hui les parentés morbides ne permettant plus d'admettre qu'il puisse exister ainsi, sur le même sujet, deux maladies évoluant côte à côte, sans reconnaître un processus commun (Lemoine) ; soit de croire ou à une paralysie générale à forme spinale (Bouillard, Ball, Voisin), ou même à une paralysie générale par propagation (Calmeil, Foville, Luys).

Voici les conclusions de M. Raymond : « Paralysie géné-

(1) Jaccoud : *Les paraplégies et l'ataxie du mouvement.* 1864.
(2) *De l'ataxie locomotrice progressive.*
(3) Gazette des hôpitaux. 1863.

(1) Magnan : Société médico-psychologique. Mai 1873.
(2) Dagonet : *Traité des maladies mentales.* 1879.
(3) Voisin : *Traité de la paralysie générale.* 1879.
(4) Luys : *Traité des maladies mentales.* 1881.
(5) Rouillard : Gazette des hôpitaux. 1888.

rale et tabes coexistent fréquemment; la paralysie générale peut débuter par les symptômes du tabes; le tabes peut, à un moment donné, se joindre à la paralysie générale. On peut admettre une interprétation plus large; encéphale, moelle, nerfs périphériques, peuvent se trouver atteints dans la paralysie générale, simultanément ou successivement, donnant lieu à tel tableau clinique suivant la prédominance des lésions sur telles ou telles parties des centres nerveux. On peut même se demander, en présence de ces faits, surtout si l'on considère, en outre, leur étiologie, si le tabes et la paralysie générale ne sont pas une même maladie. »

C'est à une conclusion semblable, que je suis arrivé, il y a cinq ans, en étudiant les troubles moteurs de la paralysie générale avec le Dr Lecordonnier : « Très vraisemblablement, la question des rapports entre l'ataxie locomotrice et la paralysie générale n'aurait jamais même été posée, si l'on s'était rendu compte plus tôt que l'incoordination motrice existe chez tous les paralytiques généraux, et qu'elle constitue le symptôme fondamental de la maladie. Les cas où la paralysie générale paraît succéder au tabes, sont ceux où l'incoordination apparaît de bonne heure, et précède parfois de plusieurs années les phénomènes psychiques. Il n'y a pas, en pareil cas, de l'ataxie précédant la paralysie, mais bien une paralysie débutant par des phénomènes qui lui appartiennent en propre. » (Thèse Lecordonnier, loc. cit.)

Les conclusions de M. Raymond ont été critiquées par M. G. Ballet, qui se demande si les lésions médullaires accompagnant l'encéphalite interstitielle diffuse ne sont pas des lésions particulières distinctes des lésions du tabes ordinaire, et si l'on n'aurait pas affaire à des cas de fausses scléroses systématiques. M. Raymond a répondu que la topographie exacte des lésions spinales du « tabes incipiens » a été observée dans des cas de paralysie générale ayant versé dans le tabes, et que si les lésions sont nettement systématisées dans le tabes au début, il n'en est pas de même dans les cas avancés, où l'on ne trouve que des lésions diffuses, les autres portions de la moelle participant aussi aux lésions, notamment le faisceau pyramidal, comme l'ont signalé Charcot, Erb, Westphal.

Pour M. Joffroy, la paralysie générale et l'ataxie peuvent se rencontrer sur le même sujet, mais c'est une simple coïncidence; la première de ces affections pouvant se développer à côté d'autres maladies nerveuses, rien n'empêcherait qu'il en soit ainsi pour l'ataxie.

Mais il conclut, cependant, qu'il y a entre ces deux affections une communauté d'origine, soit qu'on envisage l'hérédité, soit qu'on envisage l'influence de la syphilis; et, de cette communauté d'origine, on est en droit d'admettre la parenté des deux affections.

M. Rendu (Soc. méd. Hôp. 12 juin 1892), terminait ainsi une communication où il rapportait deux observations d'ataxie suivie de paralysie générale : « Entre ces deux maladies, il y a plus qu'une relation de coïncidence ou même de parenté morbide, il s'agit de la même maladie avec une localisation différente, entraînant pour conséquences une marche spéciale et des allures cliniques un peu différentes. Au point de vue de la pathologie générale, il est assurément plus logique de considérer l'appareil cérébro-spinal comme étant susceptible d'être envahi simultanément ou successivement, que de séparer systématiquement les maladies de la moelle de celles de l'encéphale. »

A l'appui de ces conclusions, qui concordent avec celles de M. Raymond, à savoir que la paralysie et l'ataxie dérivent d'un même processus, dominé par l'hérédité et la syphilis, cet auteur a publié récemment deux observations typiques, qui prouvent l'importance des causes occasionnelles dans la préparation du terrain morbide, et dans la localisation des premiers signes de la maladie (1).

Il s'agit de deux frères, tous deux syphilitiques anciens et héréditaires avérés. Le premier, gros mangeur, congestif, travaillant beaucoup, était souvent en proie à des préoccupations cérébrales. Par suite de ce surmenage particulier du cerveau, il a été atteint de paralysie générale, tandis que son frère, joyeux vivant et sans-souci, ayant éprouvé de grandes fatigues corporelles pendant son service militaire, et de plus ayant fait de nombreux excès vénériens, est devenu seulement tabétique. Cette double cause de surmenage pour la moelle explique comment, chez ce malade, les mêmes circonstances étiologiques, hérédité et syphilis, ont engendré le tabes.

Pour notre part, nous admettons absolument les idées émises par MM. Raymond et Rendu dans leurs communications à la Société médicale des hôpitaux; l'identité pathogénique de la paralysie générale et du tabes nous semble cliniquement démontrée. Aussi terminerons-nous ce travail par des conclusions analogues à celles de ces deux cliniciens, et qui sont admises par M. Garnier :

1° Toute altération localisée de l'axe cérébro-spinal doit retentir plus ou moins sur les autres parties;

2° L'identité du processus sclérosique du tabes et de la paralysie générale, la coexistence ou la succession fréquente de ces deux maladies chez un même sujet, doivent nous faire admettre aussi une identité de nature entre ces deux affections, la succession des phénomènes médullaires et encéphaliques répondant à des lésions correspondantes de la moelle et du cerveau:

3° Le tabes et la paralysie générale reconnaissant une étiologie commune, les causes occasionnelles ont une grande importance dans la limitation primitive des lésions et dans leur progression simultanée ou successive.

THERAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement de l'accès de goutte aiguë.

Par le Dr A.-F. Plicque, ancien interne des hôpitaux.

Théoriquement l'accès de goutte peut et doit-être regardé comme un épisode favorable. Il est utile en éliminant l'accès d'acide urique. Il contribue à prévenir les manifestations plus graves de la goutte viscérale. L'opinion des anciens médecins qui respectaient l'accès de goutte comme une crise salutaire est donc justifiée. L'accès de goutte ne doit-être traité qu'avec prudence et réserve.

Pratiquement, pourtant, les douleurs sont si vives, l'impotence fonctionnelle si absolue et souvent si longue qu'une expectation complète ne saurait être acceptée même par le malade le plus résigné. Le praticien qui mettrait à la lettre en pratique la fameuse règle de Cullen « Patience et flanelle » verrait vite les goutteux de sa clientèle émigrer vers des confrères plus énergiques.

Parmi les trois ordres de moyens que comporte le traitement d'un accès de goutte : moyens externes, moyens hygiéniques, moyens internes, quels sont ceux qui conviennent pour une thérapeutique à la fois suffisamment prudente et suffisamment active?

Comme moyens externes, les dangers des émissions sanguines locales, des révulsifs trop énergiques (sangsues, vésicatoires, pommades irritantes) doivent les faire complètement rejeter. Les badigeonnages classiques de laudanum

(1) Société médicale des hôpitaux de Paris. 10 juin 1892.

ne servent guère qu'à distraire le patient. Les badigeonnages avec des topiques huileux ont peut-être un peu plus d'activité. On peut prescrire un mélange ainsi composé :

Huile de jusquiame	}
Huile de belladone	} àà 30 grammes.
Huile de datura	}
Chloroforme	5 grammes.

Mais le topique réellement efficace est constitué par les pommades au salicylate de soude. On formulera :

Salicylate de soude	5 grammes.
Lanoline	50 —

L'acide salicylique peut être également employé; on l'additionne parfois d'un peu d'essence de térébenthine.

Acide salicylique	10 grammes.
Essence de térébenthine	5 —
Lanoline	100 —

L'effet un peu irritant des préparations à l'essence de térébenthine doit-être surveillé. Les onctions seront faites matin et soir seulement. Pommades et liniments seront employés tièdes.

L'hygiène pendant l'accès de goutte comporte : 1° un repos absolu général et local; 2° une diète liquide absolue.

Le repos général sera assuré par le séjour au lit d'abord, le séjour à la chaise-longue ensuite. Les sorties prématurées, la marche trop précoce, sont une cause incessante de rechutes. Le repos local sera obtenu en enveloppant la jambe malade de ouate appliquée par série de feuilles minces, recouverte d'un taffetas gommé maintenu par une bande de flanelle. Cette bande sera taillée en biais pour être élastique et modérément serrée. Chambre absolument tranquille, les moindres secousses exaspérant la crise. Dans les cas particulièrement douloureux, l'appareil à chariot, dit appareil américain, employé pour les fractures compliquées de jambe, donnera un grand soulagement. Dans les cas moyens, des coussins souples, à demi remplis seulement, suffisent.

Une alimentation absolument liquide est le meilleur moyen d'abréger la durée de l'accès. Le lait est doublement indiqué comme aliment et comme diurétique. Le café en petite quantité, le chocolat, peuvent être permis pour additionner le lait. L'alcool sera défendu. Le bouillon devra être récemment préparé, fait avec de la viande fraîche et sans os, dégraissé. On peut y délayer un ou deux jaunes d'œufs. En dehors du lait, le malade prendra en abondance des tisanes diurétiques : stigmates de maïs, reine des prés, queues de cerises, orge. On peut additionner ces tisanes de bicarbonate de soude (2 à 8 gr. par jour). Mais mieux vaut éviter l'emploi des sels de potasse. Quand la crise commence à s'atténuer, les premiers aliments permis seront les viandes blanches (veau, volaille), les légumes verts cuits (oseille et épinards exceptés), les fruits cuits, les fraises, le raisin comme fruits crus. Comme boisson, un vin blanc léger coupé d'eau d'Alet ou d'Evian.

Comme médicaments internes, il en est deux qui sont de véritables spécifiques de l'accès de goutte, le colchique et le salicylate de soude. Dans quelles conditions doit-on les employer ?

Pour le colchique, la règle formulée par Bouchard, paraît absolue. Le colchique ne sera donné qu'à partir du dixième jour seulement de l'accès. Plus tôt il est toujours dangereux. La moindre lésion rénale constitue une contre-indication formelle. Les doses maxima données par jour seront soit 1 gramme de teinture de semences de colchique, soit 10 grammes de vin de semences de colchique. Cette dose, très faible pour le vin, doit-être particulièrement remarquée, tous les autres vins médicinaux, même les vins de digitale, sont donnés à doses beaucoup plus fortes. Il y a là une cause d'erreur facile. Le vin sera donné en deux doses : une le matin, une le soir dans un peu de thé. Pour la teinture, on formulera.

Teinture de semences de colchique	1 gramme.
Sirop diacode	25 grammes.
Eau de tilleul	100 —

A prendre dans les 24 heures.

Au bout de trois jours, l'emploi du colchique doit-être suspendu. On le suspendra plus tôt, s'il survient des troubles cardiaques, des nausées ou des vomissements, une diarrée trop abondante, une diurèse excessive, des sueurs. Bouchard a fait remarquer que quand un accès intense est ainsi coupé par le colchique, le malade a trois semaines ou un mois après un autre accès léger. Inconvénient minime en comparaison du danger d'un accès intense par trop prolongé.

Le salicylate de soude est un peu plus maniable que le colchique. Avant de le donner il faut s'assurer absolument que la quantité d'urine émise chaque jour est suffisamment abondante, qu'il n'y a pas d'albuminurie même légère. La contre-indication fournie par les lésions rénales est peut-être encore plus absolue que pour le colchique. Les doses données seront de 3 à 4 grammes par jour au plus, on les donnera par cachets de 0 gr. 50; en faisant boire une petite tasse de lait après chaque cachet. Si le malade avale difficilement les cachets, on prescrira :

Salicylate de soude	30 grammes.
Eau distillée	300 —

Une cuillerée à bouche (1 gr. 50 environ) trois fois par jour dans du lait.

L'emploi du salicylate de soude peut-être prolongé cinq à six jours. En cas de nausées, de vertiges, de troubles cardiaques, on diminuerait les doses et même suspendrait complètement.

Malgré l'intensité des douleurs, l'emploi des narcotiques opium, morphine surtout en injections sous-cutanées doit-être absolument évité. Si les douleurs sont par trop fortes, on permettrait pour la nuit de petites doses du sirop suivant:

Sirop de chloral	100 grammes.
Bromure de potassium	3 —

Une à trois cuillerées à bouche pendant la nuit dans de la tisane ou du lait.

La même prudence thérapeutique est nécessaire à l'égard des complications qui peuvent survenir au cours de l'accès, fièvre, embarras gastrique, congestion pulmonaire même. Seul le traitement des myocardites et des accès d'urémie d'origine goutteuse exige bien entendu un traitement des plus actifs. Le traitement de ces complications graves ne saurait être étudié ici. Pour la fièvre intense dépassant 40°, on emploiera le sulfate de quinine à dose de 0 gr. 60 à 1 gr. par jour. Contre l'embarras gastrique, on se défiera des purgatifs énergiques et surtout des vomitifs. On se contentera ordinairement de lavements contre la constipation, d'un peu de potion de Rivière ou d'eau chloroformée, contre les nausées, de cataplasmes très chauds contre les douleurs stomacales. La congestion pulmonaire sera combattue par le decubitus en position demi assise ou sur le côté, les ventouses sèches, le café, de petites doses d'alcool.

La convalescence de l'accès de goutte aigu est ordinairement assez franche. Elle s'accompagne, souvent même, d'un bien-être remarquable. Il y a rarement cette anémie profonde, ce nervosisme, que suivent l'attaque de rhumatisme. On profitera tout au moins du souvenir de la

crise récente, pour faire accepter au goutteux l'hygiène minutieuse qui lui est nécessaire, et à laquelle il se résigne toujours si difficilement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 avril. — Présidence de M. Jules Rochard.

Luxation récidivante de la rotule.

M. Le Dentu. — J'ai eu occasion dernièrement, d'opérer une enfant de 7 ans et demi, chez laquelle la rotule avait acquis à la suite d'une chute, une mobilité telle qu'elle se luxait à l'occasion de faux pas ou de mouvements un peu prononcés de la jambe.

Pour remédier à cet état, je fis une opération analogue à celle dont nous a parlé M. Verneuil.

J'abordai la capsule du côté interne et je fis un pli à la base duquel un système de suture en surjet vint former un bourrelet et rétrécir d'autant la synoviale.

Le résultat fut excellent, car la luxation ne se reproduisit plus.

Des maladies infectieuses et de leur propagation.

M. Gibert (du Havre). — Toutes les maladies infectieuses, principalement la diphtérie, la tuberculose, la fièvre typhoïde, semblent se fixer dans les mêmes quartiers de la ville du Havre.

En 1892, le choléra et la fièvre typhoïde, évoluant simultanément, affectaient les mêmes quartiers. Les deux maladies, tout en suivant une marche parallèle, ne se sont jamais confondues.

Les cholériques, ne présentaient pas de symptômes typhoïdes, les typhiques pas de symptômes cholériformes.

D'après cela on est amené à penser que les deux maladies ont une origine commune.

Au Havre, la fièvre typhoïde existe à l'état endémique et de temps en temps se produit une recrudescence épidémique.

M. Brouardel, au cours d'une des dernières épidémies, a, dans son rapport, cru pouvoir incriminer la source de Saint-Laurent qui alimente Le Havre. Cependant pas plus lui que M. Thoinot n'ont pu trouver dans l'eau suspecte des bacilles typhiques.

En revanche, le sol et le sous-sol de la ville contiennent le bacille et en grande quantité.

La source Saint-Laurent naît au pied d'un monticule de 70 mètres, monticule cultivé et recevant comme engrais les vidanges de la ville.

Cette épaisseur de 70 mètres de terrain a bien son importance, car elle crée un filtre de grande dimension.

La ville du Havre reçoit de l'eau de quatre sources. Ces sources sont éloignées de 15 à 20 kilomètres. Il faudrait donc que ces quatre sources aient été contaminées en même temps, puisque le début de l'épidémie a été général dans la ville.

Le maximum de morbidité a porté sur les quartiers riches.

Le quartier pauvre Le Perret est, lui, construit sur des terrains de galets nettoyés par la marée.

Le quartier riche est construit sur un terrain infecté continuellement par les germes que les puisards sont insuffisants à absorber.

Je crois donc que l'infection par le sol est un mode pathogénique possible et réel de la propagation de la fièvre typhoïde.

La conséquence serait de faire dans les villes françaises ce qu'on fait à Londres, à Bruxelles, le drainage du sous-sol pour le débarrasser des germes morbides qui s'y déposent. Ce serait le devoir de l'Académie et de la commission des épidémies d'obtenir des pouvoirs publics la création de médecins spécialisés aux épidémies et à l'hygiène générale, uniquement chargés de l'organisation et du maintien des mesures sanitaires.

M. Dujardin-Baumetz. — Pour la tuberculose, la diphtérie, la propagation se fait par le sol, il est vrai, mais surtout par le sol des appartements. Aussi, la désinfection des locaux contaminés rend-elle les plus grands services. Quant à la fièvre typhoïde, sa propagation par le sol est rare, et, en tout cas, l'eau sert d'intermédiaire entre le germe infectieux et l'individu qu'il va contagionner. L'épidémie actuelle de Paris nous fournit encore une preuve de ce mode de propagation.

M. Gibert. — Je n'ai pas fait allusion dans ma communication à l'agent intermédiaire, entre le sol et l'individu. Il s'est produit à Yport une petite épidémie de choléra, à la suite de l'arrivée de deux matelots venant de Cette.

Leurs vêtements n'avaient pas été désinfectés. La femme de l'un des matelots lava les linges de son mari et renversa l'eau de lessive dans le ruisseau devant la maison. Elle mourut du choléra. Bientôt d'autres personnes furent atteintes et toutes habitaient du côté du ruisseau.

Personne cependant n'avait bu de cette eau ; il faut donc ici bien admettre la contagion directe par le sol.

A Beuzeville, il s'est déclaré une épidémie de fièvre typhoïde dans les jours qui suivirent le transport de vidanges du Havre à la gare de Beuzeville.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 avril 1894.

Syringo-myélie à forme pseudo-acromégalique.

M. Marie présente un garçon de 21 ans atteint de syringomyélie, qui, depuis 3 ans, présente une augmentation de volume localisé à la main droite et au pied gauche.

La main droite est augmentée en épaisseur seulement, les doigts ne sont pas déformés. Le pied gauche est tassé d'avant en arrière, plus large et plus court que le pied droit. Ce n'est pas là de l'acromégalie, parce que l'hypertrophie n'est pas généralisée à toute la main, ni très accusée.

Sclérose pleuro-pulmonaire totale uni-latérale, d'origine tuberculeuse.

M. Galliard présente un malade, qui, exposé aux poussières de cuivre, contracta une bronchite il y a deux ans à la suite d'un refroidissement. Il eut plusieurs rechutes avec alternatives d'amélioration. Il y a quelques jours, il entra à l'hôpital Laënnec pour un violent point de côté. On trouva à l'examen du côté gauche une matité complète avec abolition des vibrations thoraciques. Sous la clavicule, existait une vaste excavation, pas de frottements pleuraux, pas d'épanchements, symphyse pleurale complète. Il s'agit d'une tuberculose à forme fibreuse d'origine inconnue.

Faut-il continuer dans ces conditions le traitement par la créosote, ou bien administrer l'iodure de potassium?

M. Ferrand estime qu'en présence de l'état fibreux définitivement constitué l'iodure de potassium est indiqué.

Badigeonnage de gaïcol dans le traitement de l'orobite.

M. Balzer-Lacour emploie, dans le traitement de l'orchite, une pommade ainsi composée :

Vaseline	30 grammes.
Gaïcol	5 —

On emploie de 3 à 5 grammes par badigeonnage et on fait deux badigeonnages par jour.

Les phénomènes fonctionnels et généraux diminuent rapidement par ce traitement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 avril. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Contusions du rein.

M. Gérard-Marchant. — M. Tuffier vous a, dans la dernière séance, présenté plusieurs observations de contusions rénales où

la guérison s'est produite sans aucune intervention chirurgicale. Il est intervenu aussi une fois, et très utilement, en présence de paralysies des membres inférieurs. Les contusions du rein sont, en effet, bénignes ou graves. Dans ce dernier cas, ce qui les fait graves, c'est surtout l'hémorrhagie d'origine rénale. Dans une observation de M. Peyrot, nous voyons que notre collègue est intervenu parce que le malade, anémié au plus haut point par suite de son hémorrhagie, menaçait de mourir d'un instant à l'autre. Si M. Tuffier est intervenu c'est qu'il y avait des phénomènes paralytiques, mais ceux-ci avaient pour cause la compression des nerfs par une énorme tumeur sanguine.

Je pense qu'il faut assez souvent agir dans les contusions rénales, quand la tumeur sanguine devient volumineuse et que son volume augmente vite ; lorsqu'il y a des troubles respiratoires. ou péritonitiques. La preuve qu'il y a des cas graves est facile à faire, puisqu'on a noté la mort, 8, 12, 60 heures après le traumatisme.

En face de ces cas, que faire? Il faut aborder le rein par la voie lombaire, ce qui permettra de juger des dégâts. Lorsqu'il y a une déchirure du rein, on fera comme M. Tuffier la suture de la glande. Si l'hémorrhagie vient du pédicule, on pourra, à l'exemple de M. Peyrot, aller pincer le vaisseau rompu. Mais si le rein est rompu, divisé, décapsulé, la néphrectomie s'impose. Elle sera primitive souvent. On évitera ainsi une opération secondaire faite dans de mauvaises conditions sur un rein plus ou moins gangrené. Mais il reste bien entendu que l'intervention ne sera décidée que si l'hémorrhagie est persistante et menaçante. Ce sont à peu près les conclusions de M. Tuffier dans le *Traité de Chirurgie* ; je trouve cependant qu'il est trop timide dans le choix des néphrectomies, celles-ci s'imposant toutes les fois que le rein est divisé au point qu'on ne puisse le suturer.

M. Lucas Championnière. — J'ai vu à plusieurs reprises des contusions rénales guérir spontanément; mais j'ai eu aussi à enregistrer un cas de mort, quatorze jours après le traumatisme. Cette fois-là, j'ai regretté d'être resté inactif. Il y a quatre mois, j'eus à traiter un blessé qui présentait à la suite d'une contusion lombaire un état anémique très prononcé. J'incisai la région lombaire et trouvai, au milieu d'une tumeur sanguine de deux litres, le rein rompu et séparé en deux fragments. La néphrectomie me donna là un beau succès.

Calculs de l'urèthre.

M. Bazy. — Chargé de vous présenter un rapport sur deux observations de calculs uréthraux, je désire vous soumettre à ce sujet quelques idées dont la plupart ont été déjà émises dans la thèse de M. Leroux, mon élève.

La première observation a trait à un homme de 40 ans, d'une bonne santé habituelle, très sobre et dépourvu de tout antécédent vénérien.

Le malade souffrait à des degrés divers depuis quatorze ans au moment ou dans l'intervalle de ses mictions. Il y a quatre ans, il s'aperçut de l'existence au périnée d'une tumeur douloureuse pour laquelle il fait appeler son médecin. Celui-ci prescrit un cataplasme. Le lendemain, dysurie. Le surlendemain, le malade se sentant mieux se lève et va travailler dans les champs.

A partir de cette époque, il évite les questions de son médecin et vaque à sa besogne habituelle.

En 1891, le malade ressent une douleur au périnée et met de lui-même un cataplasme. Le lendemain matin, il trouve dans le cataplasme un calcul de la grosseur d'un œuf de poule.

Interrogé avec soin, il finit par reconnaître que, depuis quelque temps, il urinait par son périnée, tantôt goutte à goutte, tantôt par jet. La plus grande partie de l'urine passait d'ailleurs par la verge.

Trois semaines plus tard, sans soins spéciaux, le malade était définitivement guéri et sa fistule oblitérée.

Tout, dans cette observation, plaide en faveur de la non-infection des voies urinaires ; jamais cet homme n'a présenté que des troubles mécaniques.

Les calculs de l'urèthre semblent être le plus souvent d'origine rénale, ils ont pu à un moment pénétrer dans l'urèthre, mais se sont trouvés arrêtés aux points normalement étroits.

J'en ai, pour ma part, constaté deux cas, et, dans le dernier, je trouvai une trentaine de petits calculs en arrière d'un rétrécissement blennorrhagique.

M. Piogey (d'Asnières) nous a adressé une observation de calculs uréthraux, en plusieurs points intéressante.

Le malade dont il s'agit a eu une blennorrhagie et des coliques hépatiques (?) Il souffre depuis vingt-cinq ans de troubles dans la miction, de douleurs, et aussi, par périodes, de phénomènes infectieux. Il a été traité pour un rétrécissement en 1870. Etant en état de rétention aiguë, il fait appeler le Dr Piogey, qui, pendant plusieurs jours, et à grand'peine, le cathétérise. Il se produit un abcès périnéal, qui laisse sortir un calcul uréthral. Le canal est détruit sur une longueur de 4 à 5 centimètres.

Le malade, comme celui de la première observation, guérit très bien. Y a-t-il des calculs uréthraux nés dans l'urèthre ? Dans la prostate, à coup sûr, mais il y en a peut-être aussi dans le reste du canal, et j'ai connaissance d'une observation où des calculs se sont développés primitivement dans un urèthre sain.

L'analyse du calcul de la première observation a démontré qu'il était formé en grande partie de phosphates : or, le malade n'a présenté aucun état infectieux ; il semble donc que ce calcul phosphatique n'est pas venu des voies urinaires supérieures, ni de la vessie.

Le danger des calculs réside dans les troubles mécaniques qu'ils déterminent, et aussi dans les accidents infectieux. Il peut même se faire, ainsi que le prouvent les expériences de M. Bouchard et les miennes, que des microorganismes, ayant traversé le rein sans le léser, viennent se fixer au niveau d'un canal uréthral et déterminer une infection.

Torsion du pédicule de la rate. — Splénectomie.

M. Terrier. — Le 10 mai 1893, M. Hartmann vous présenta l'observation d'une splénectomie faite pour des accidents péritonitiques liés à la torsion du pédicule de la rate.

La malade, une jeune fille de 18 ans, est née à La Réunion ; elle a habité longtemps l'île Maurice. A plusieurs reprises, elle a eu des accès de fièvres intermittentes, qui ont déterminé une splénomégalie notable. Lorsqu'elle nous fut adressée, elle était pâle, les yeux excavés, le pouls était à 120°. Le ventre mat, sauf à l'épigastre. Les vomissements étaient incessants. La région de l'hypochondre gauche était volumineuse et douloureuse. M. Hartmann, qui me suppléait, l'opéra le 9 avril. Il fit sur la paroi abdominale une incision médiane au-dessus de l'ombilic, contournant celui-ci à gauche et le débordant en bas. Il s'échappa de l'abdomen un liquide rougeâtre fibrineux. La rate, énorme, était déplacée. Elle fut attirée au dehors et il fut facile de constater que son pédicule était tordu deux fois sur lui-même. La splénectomie pratiquée, on put voir que les vaisseaux du pédicule étaient thrombosés. La rate pesait 2,190 grammes. Le liquide péritonitique cultivé par M. Morax resta stérile. Les suites furent simples. La malade sortait le 14 mai en parfaite santé.

L'examen du sang fait par M. Vaquez, suivant la méthode de Malassez, montra l'augmentation de la matière colorante et des globules rouges. La malade a été revue le 13 février dernier. Elle est en excellent état.

Les déplacements de la rate ont pour cause les plus fréquentes le poids de l'organe et les inversions de viscères. Les troubles qui en résultent sont surtout des douleurs et des phénomènes de péritonite liés à la torsion du pédicule comme dans les kystes de l'ovaire. Nous avons pu relever un certain nombre de cas de torsion du pédicule de la rate. Trois d'entre eux ont déterminé la péritonite.

L'un s'est terminé par la mort. Les deux autres ont guéri grâce à la splénectomie. Dans l'un, on fit d'abord le redressement et la

mise en place de l'organe, mais les accidents se reproduisirent et la splénectomie en vint à bout. Trois autres observations ne présentent comme phénomènes pathologiques que de la douleur avec hypertrophie. Mais il y a des torsions de pédicule sans péritonite ni douleurs, ainsi qu'on en rencontre quelquefois aux autopsies. La douleur est le résultat de la torsion des nerfs du pédicule. La péritonite s'explique par la torsion des vaisseaux, à laquelle s'adjoignent des phénomènes vaso-moteurs pour produire un épanchement d'abord aseptique, puis secondairement septique à la façon des péritonites post-herniaires.

De la cholécystenterostomie.

M. RICARD. — On dit généralement que distension de la vésicule biliaire avec ictère chronique signifie obstruction du cholédoque par calcul ou cancer du pancréas. L'observation que je viens vous relater prouve qu'il ne faut pas prendre ces termes à la lettre. Une dame ayant eu, dix ans auparavant, des coliques hépatiques, me fait appeler pour me consulter au sujet de nouvelles douleurs coïncidant avec un ictère déjà ancien. A l'examen, je trouve le foie volumineux, la vésicule distendue. L'état général est mauvais, les matières sont décolorées, l'ictère généralisé et le lait est le seul aliment à peu près toléré. Elle retarde l'intervention d'une dizaine de jours pendant lesquels l'obstruction biliaire se complète et l'état général devient de plus en plus précaire. Ayant mis à nu le foie, par une incision sur le bord externe du muscle droit, je trouvai la vésicule ferme, mais non solide. Par une petite ponction, je retirai des mucosités filantes. Je l'incisai et je pus extraire plusieurs milliers de petits calculs polyédriques au milieu desquels se trouvaient quelques calculs de volume normal. Le canal cystique et le cholédoque étaient libres. Je suturai avec peine la vésicule et l'intestin. Une amélioration passagère survint, mais au bout de trois semaines les phénomènes s'étaient reproduits et la malade mourut cinquante-trois jours après l'opération.

En présence de ce cas, je viens vous demander s'il est possible de diagnostiquer la distension de la vésicule accompagnant la lithiase des voies biliaires supérieures, et, si le diagnostic est posé, faut-il et comment faut-il intervenir ?

M. DELORME présente un malade qu'il a opéré d'une cystocèle inguinale.

R. MARMASSE.

LES LIVRES

Cliniques chirurgicales de la Pitié, par le Dr PAUL RECLUS. (G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.)

M. Reclus vient de publier un nouveau volume de cliniques chirurgicales dans lequel on trouve les mêmes qualités éminentes que dans ses deux aînés : clarté de la pensée ; précision, sobriété, élégance des mots ; par-dessus tout, et c'est peut-être ce qui rend si attachante la lecture de ce livre, une recherche de la vérité parfaitement sincère et complètement dépouillée de tout puéril amour-propre.

Certaines de ces cliniques sont consacrées aux choses d'utilité courante : fractures, entorses et grands écrasements des membres, cancer de la langue et du rectum, fistules et abcès de l'anus, hémorrhoïdes, hydrocèle, varicocèle, etc.... D'autres traitent des sujets qui préoccupent particulièrement les chirurgiens, de ceux qu'on discute chaque jour dans toutes les Sociétés savantes du monde : chirurgie de l'intestin, du foie, des organes génitaux de la femme.

M. Reclus a repris, dans certaines de ses cliniques, quelques sujets qu'il avait déjà traités, mais il s'en faut de beaucoup qu'il s'agisse de simples redites. Tantôt il a voulu confirmer par de nouveaux faits des idées qu'il a été le premier à défendre ; tantôt il a tenu à montrer avec une loyauté pleine de crânerie comment l'expérience l'avait amené à modifier quelques-unes de ses opinions antérieures.

Tout cela donne à ce livre, bourré d'ailleurs de choses intéressantes, un entrain, une animation, une vie qui ne peut manquer de séduire et d'attacher les lecteurs.

ACTES DE LA FACULTÉ
DU 16 AU 21 AVRIL 1894

A. — EXAMENS

LUNDI 16 AVRIL. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Tillaux, Ricard, Retterer. — 2e (Oral, 1re partie) : MM. Déjerine, Nicaise, Poirier. — 2e (Oral, 1re partie) : MM. Straus, Lejars, Sebileau. — 3e (2e partie) : MM. Landouzy, Fournier, Marie. — Suppléants : MM. Baillon, André. — 5e (1re partie, chirurgie, Hôtel-Dieu) : MM. Terrier, Jalaguier, Delbet. — 5e (2e partie, Hôtel-Dieu) : MM. Hayem, Brissaud, Chauffard. — Suppléants : MM. Potain, Tuffier. — 5e (1re partie, obstétrique, clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Varnier. — Suppléant : M. Gaucher.

MARDI 17 AVRIL. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Le Dentu, Rémy, Poirier. — 2e (Oral, 1re partie) : MM. Richelot, Quénu, Ménétrier. — 2e (Oral, 1re partie) : MM. Mathias Duval, Gley, Albarran. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Gilbert, Charrin. — Suppléants : MM. Pouchet, Roger. — 5e (1re partie, chirurgie, Charité) : MM. Duplay, Schwartz, Brun. — 5e (1re partie, chirurgie, Charité) : MM. Guyon, Humbert, Nélaton. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Proust, Ballet, Letulle. — Suppléants : MM Laboulbène, Marfan. — 5e (1re partie, obstétrique, clinique d'Accouchement, rue d'Assas) : MM. Tarnier, Maygrier, Bar. — Suppléant : M. Panas.

MERCREDI 18 AVRIL. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Terrier, Lejars, Poirier. — 2e (Oral, 1re partie) : MM. Grancher, Jalaguier, Tuffier. — 2e (Oral, 1re partie) : MM. Ricard, Sebileau, Retterer. — 4e : MM. Fournier, Landouzy, Netter. — Suppléants : MM. Hayem, André.

JEUDI 19 AVRIL. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Panas, Humbert, Albarran. — 2e (Oral, 1re partie) : MM. Mathias Duval, Schwartz, Poirier. — 2e (Oral, 1re partie) : MM. Guyon, Brun, Charrin. — 2e (Oral, 1re partie) : MM. Le Dentu, Richelot, Rémy. — Sages-femmes (1re classe) MM. Pouchet, Maygrier, Bar. — Suppléants : MM. Joffroy, Gilbert.

VENDREDI 20 AVRIL. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Nicaise, Delbet, Sebileau. — 2e (Oral, 1re partie) : MM. Terrier, Retterer, Poirier. — Suppléants : MM. Hayem, Marie. — 5e (1re partie, chirurgie, Charité) : MM. Tillaux, Ricard, Tuffier. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Potain, Straus, Brissaud. — 3e (Officiat, Charité) : MM. Lejars, Jalaguier, Netter. — Suppléants : MM. Landouzy, Chauffard. — 5e (1re partie, obstétrique, clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Varnier. — Suppléant : M. Grancher.

SAMEDI 21 AVRIL. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Mathias Duval, Quénu, Albarran. — 2e (Oral, 1re partie) : MM. Laboulbène, Richelot, Poirier. — 2e (Oral, 1re partie) : MM. Rémy, Nélaton, Gley. — Suppléants : MM. Pouchet, Ménétrier. — 5e (1re partie, chirurgie, Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Humbert, Schwartz. — 5e (1re partie, chirurgie, Hôtel-Dieu) : MM. Duplay, Le Dentu, Brun. — 5e (2e partie, Hôtel-Dieu) : MM. Joffroy, Letulle, Roger. — Suppléants : MM. Dieulafoy, Marfan. — 5e (1re partie, obstétrique, clinique d'Accouchement, rue d'Assas) : MM. Tarnier, Maygrier, Bar. — Suppléant : M. Bailet.

B. — THÈSES

MERCREDI 18 AVRIL, à 1 heure. — *M. Dutauziet* : De l'asthme survenant chez les enfants porteurs de végétations adénoïdes : MM. Potain, Pinard, Chauffard et Gaucher. — *M. Joly* : Paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial ou paralysie Duchenne-Erb : MM. Pinard, Potain, Chauffard et Gaucher. — *M. Le Gac* : Pathogénie du tic douloureux de la face, son traitement par la résection du bord alvéolaire : MM. Tillaux, Nicaise, Delbet, Varnier. — *M. Tariel* : Hernie inguinale étranglée chez l'enfant : MM. Tillaux, Nicaise, Delbet et Varnier. — *M. Guérin* : Contribution à l'étude du traumatisme sur les organes génitaux des femmes enceintes : MM. Tillaux, Nicaise, Delbet et Varnier. — *M. Bazenerye* : Etude clinique sur la syphilis nasale acquise : MM. Straus, Brissaud, Déjerine et Marie. — *M. Paquet* : Association de la rougeole et de la scarlatine : MM. Straus, Brissaud, Déjerine et Marie.

JEUDI 19 AVRIL, à 1 heure. — *M. Bonnelière* : Contribution à l'étude clinique de la grippe. Grippe à déterminations multiples : MM. Laboulbène, Duplay, Marfan et Albarran. — *M. Michel* : Tuberculose pulmonaire des vieillards : MM. Duplay, Laboulbène, Marfan, Albarran. — *M. Evangeli-Tramon* : Quelques particularités sur le fémur : MM. Mathias Duval, Laboulbène, Letulle et Poirier.

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 16 — 21 Avril 1894.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

QUESTIONS DU JOUR

Le parasitisme dans le cancer.

La question de la nature du cancer a de tout temps préoccupé les pathologistes, et nombreuses sont les hypothèses qu'ils ont imaginées à cet effet, sans pouvoir en faire accepter aucune. Les moyens d'investigation modernes, et surtout le perfectionnement des procédés techniques de bactériologie et d'histologie, ont paru devoir hâter le progrès dans ce sens, et ont fait naître l'espoir d'une prochaine solution du problème. De nombreux travaux publiés dans ces dernières années ont marqué les efforts accomplis dans cette voie. Une sorte de résumé de ces travaux a été exposée devant le Congrès international, qui vient de tenir ses brillantes assises à Rome. La question se trouvait ainsi posée devant un aréopage tout préparé à l'entendre et spécialement compétent pour la juger. L'importance du débat qu'elle a provoqué montre l'intérêt qui s'y rattache, et qui n'est égalé, dans un ordre d'idées voisin, que par celui de l'étude de la tuberculose, cet autre fléau des sociétés civilisées.

C'est M. Foa, de Turin, un médecin déjà honorablement connu par ses travaux sur ce sujet, qui a été, à titre de rapporteur, l'initiateur de la discussion. Après avoir exposé brièvement l'état de la question, et fait la critique sommaire des opinions favorables ou contraires à la théorie du parasitisme et de la contagion, M. Foa a paru implicitement se prononcer en faveur de celle-ci en ebérchant à établir l'existence dans les cellules cancéreuses d'un parasite de la classe des protozoaires.

Ce sont ses propres travaux qu'il a pu citer à cet effet, car, la question le préoccupant depuis longtemps, il a fait de longues recherches dans ce sens. M. Foa se croit donc en mesure d'affirmer que le parasite se trouve dans presque tous les cancers d'origine glandulaire, plus rarement dans ceux qui naissent de l'épithélium de revêtement. Et encore dans ce dernier cas, il semble avoir une prédilection pour certaines variétés d'épithélium, à l'exclusion de quelques autres. On ne saurait, d'ailleurs, confondre ce parasite avec des éléments histologiques plus ou moins similaires, tels que noyaux ou cellules dégénérées, produits de dégénérescence colloïde, hyaline, cornée—leucocytes—hématies. M. Foa est catégorique sur ce point : il affirme qu'il n'y a pas de confusion possible pour qui sait regarder. D'après lui, les parasites du cancer parcourent à l'intérieur de la cellule toutes les phases de leur développement jusqu'à la formation des sporocystes, sorte d'organe reproducteur, dont les spores vont ultérieurement infecter par migration des organes plus ou moins éloignés. C'est la vieille théorie de la métastase du cancer, expliquée cette fois d'une façon rationnelle. Mais, d'ailleurs, il reste bien des faits à expliquer, entre autres la participation du tissu conjonctif à l'envahissement néoplasique et la diversité des formes du cancer. Sur tous ces points, on ne peut émettre que des hypothèses provisoires. Mais, en ce qui concerne le côté fondamental de la question, savoir la nature parasitaire des corpuscules étudiés et décrits par lui, M. Foa est nettement affirmatif, et c'est ce qui donne à sa communication une importance toute particulière.

Le savant rapporteur a trouvé immédiatement des contradicteurs, dont les opinions se trouvent en désaccord, ou en même en opposition formelle avec la sienne. M. Cornil qui, lui aussi, a beaucoup étudié la question, a fait le procès de tous les arguments histologiques que l'on invoque, en faveur du parasitisme, pour les critiquer les uns après les autres, et finalement les récuser. Il n'a cependant pas cru devoir conclure d'une façon délibérément négative, et il a même écarté toute idée d'hostilité systématique vis-à-

vis de la doctrine à laquelle le médecin de Turin a cru devoir donner son adhésion. Mais les preuves que l'on invoque sont insuffisantes, d'autant que, fondées entièrement sur la morphologie, elles donnent lieu à une interprétation arbitraire et tout à fait facultative. M. Cornil se croit donc autorisé, jusqu'à plus ample informé, à repousser la théorie du parasitisme comme inapplicable à l'étiologie du cancer.

MM. Duplay et Cazin se sont prononcés dans le même sens restrictif que M. Cornil ; ils ont abouti à la même conclusion dubitative en ce qui concerne l'interprétation des résultats histologiques, dont quelques-uns ont voulu faire un argument péremptoire en faveur de l'hypothèse parasitaire. La démonstration de cette hypothèse n'est pas faite en faveur des sporozaires : au lieu des preuves nécessaires en l'espèce, on n'a guère fourni que des affirmations. Ainsi, on peut considérer la question comme restant tout entière à résoudre. Il y a eu cependant quelques restrictions favorables en faveur de la théorie parasitaire, en particulier celles de M. Ruffer (de Londres) qui interprète dans un sens conforme les résultats histologiques obtenus par lui. D'autres observateurs ont aussi rapporté des faits qu'il serait injuste de ne pas mentionner ici.

Nous trouvons en premier lieu le nom de M. Adam Kiewicz qui a publié dernièrement un travail dans lequel il admet à peu près sans réserve le principe de la nature parasitaire du cancer. Ce n'est pas dans le sens du microbisme, il est vrai, mais avec la signification que l'on doit réellement imputer au mot parasite. Voici, brièvement résumé d'après lui, l'enchaînement ordinaire des lésions. Un élément parasitaire venu de l'intérieur (source inconnue) est déposé dans un parenchyme ou dans une membrane : il s'y développe sous forme de coccidies, à l'intérieur desquelles naissent des larves qui émigrent ultérieurement par les voies circulatoires pour aller infecter d'autres organes ou tissus, en créant autant de colonies secondaires. Le théâtre de ces transformations est la cellule cancéreuse elle-même, qui est quelque chose de spécial, absolument distinct de la cellule épithéliale avec laquelle, d'ailleurs, elle n'offre qu'une ressemblance purement apparente. Cette cellule représente l'élément parasitaire proprement dit, elle forme à elle seule la totalité de certaines tumeurs cancéreuses. La présence des cellules épithéliales dans celles-ci ne prouve rien contre la théorie de M. Adam Kiewicz : c'est un simple reliquat du tissu normal envahi et étouffé par le parasite étranger. La coccidie est donc la représentation histologique de ce dernier, et il faut la distinguer absolument de la cellule épithéliale. Du reste, on ne comprendrait guère qu'un élément du type normal pût se modifier sur place dans le sens de dégénérescence et infecter ensuite l'organisme. Une pareille notion serait contraire aux lois de l'anatomie et de la physiologie générale, à celles de la biologie. D'un autre côté, l'expérimentation est là qui montre que le carcinôme inoculé dans le cerveau d'un lapin tue cet animal d'une façon absolument spéciale, tandis que l'inoculation de cellules épithéliales normales ne produit aucun effet, toutes précautions opératoires étant égales d'ailleurs. Enfin, M. Adam Kiewicz a cru voir que les masses cancéreuses sont susceptibles de contractilité, fait qui concorde bien avec l'idée d'un être vivant d'une vie propre dans l'organisme au sein duquel il a élu domicile.

Ces divers arguments constituent certainement des présomptions en faveur de la théorie parasitaire à laquelle ont cru devoir se ranger à leur tour d'autres chercheurs : MM. Pfeiffer, Foa, Korotneff, qui, eux aussi, voient dans le cancer une sorte d'animal, et, dans cet animal, une source de poisons pour l'individu envahi. Une pareille conception a, aux yeux de ses adhérents, certainement le mérite de faciliter la compréhension des phénomènes de la fonte cancéreuse et d'expliquer, d'une façon assez rationnelle, la propriété inhérente au cancer de provoquer des formations secondaires à distance.

La conclusion finale de M. Adam Kiewicz est celle-ci : l'élément caractéristique propre, formateur et destructeur du cancer, est une coccidie. Celle-ci donne des germes ou larves qui, à leur tour, engendrent des coccidies et des amibes. Ces derniers éléments se répandent au loin et forment des foyers secondaires ou métastatiques. Le développement des germes a lieu dans l'intérieur des cellules épithéliales du foyer envahi, mais le parasite vit d'une existence intra-cellulaire qui lui est propre, et forme la partie intégrante de la cellule cancéreuse. La coccidie détruit l'épithélium attaqué, mais n'en provoque jamais la prolifération.

M. Waring (*Journal of Anatomy*) se rapproche à certains égards de M. Adam Kiewicz. Il a recherché particulièrement si le tissu cancéreux conserve des propriétés fermentescibles analogues à celles des tissus épithéliaux dont il dérive, ou s'il acquiert des propriétés différentes à lui spéciales. Il a reconnu ainsi que les éléments cellulaires du carcinôme primitif et secondaire du pancréas possèdent la propriété d'engendrer des ferments identiques ou du moins semblables à eux que produisent les cellules sécrétoires normales de la glande. De même, les carcinômes primitifs de l'estomac produisent des ferments qui ont les propriétés physiologiques de la sécrétion normale de la muqueuse gastrique à l'état sain. Mais cette remarque est en désaccord avec la théorie psorozoaire du cancer, on ne peut la concilier avec elle que par l'intermédiaire d'hypothèses inadmissibles.

Après ces travaux, on pourrait encore citer ici, toujours sur le terrain histologique, les recherches de MM. Pilliet, Cazin, d'Arcy-Power, etc. Ce dernier a institué des expériences d'où il résulte que l'inflammation chronique artificielle d'une muqueuse peut produire dans les ganglions lymphatiques, tributaires de cette muqueuse, des altérations analogues à celles du cancer. Toujours est-il qu'il y a lieu de se défier de certaines particularités trompeuses, telles que les inclusions de cellules entre elles qu'on rencontre dans les cancers. Cattle (de Nottingham) a prouvé que dans ce cas il s'agit simplement de cellules aplaties et pressées contre la paroi extérieure d'une autre cellule. Ces modalités cellulaires pourraient faire croire à des parasites en voie d'évolution, ou à des sporozaires. Il y a donc de sérieuses chances d'erreur. Bref, la question reste indécise, mais il y a un point qui paraît ressortir de ces recherches : c'est que le tissu cancéreux est chimiquement et histologiquement semblable au tissu normal dont il dérive. Les variétés dans la forme et l'aspect des cellules seraient dues à l'inflammation. Quant à la nature de l'agent pathogène auquel est due cette néoplasie, on ne la connaît pas encore.

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que le côté histologique de la question. On voit quelles divergences de vues séparent les bactériologistes et les micrographes. Dans le domaine de l'expérimentation, la solution du problème ne paraît guère plus avancée. Au Congrès de Rome, MM. Duplay et Cazin ont rappelé leurs travaux antérieurs concernant la transmissibilité du cancer, et les faits qui montrent que cette transmissibilité est possible entre animaux de même espèce, impossible d'un animal à un autre animal d'espèce différente. Et encore ont-ils dû faire des restrictions sur la première de ces propositions, qu'ils n'ont vu réalisée que dans un très petit nombre de cas. Aussi leur conclusion finale est-elle restée à peu près dubitative, et, s'ils n'écartent pas délibérément la notion de contagiosité appliquée au cancer, du moins considèrent-ils la chose comme tout à fait exceptionnelle. Voilà une restriction qui ne cadre guère avec les affirmations énoncées ailleurs, ou avec les assertions de quelques observateurs au sujet de véritables endémies cancéreuses étudiées par eux. A rapprocher de cette opinion négative celle de M. Trasbot, qui a essayé un grand nombre de fois, et par tous les moyens possibles, d'inoculer le cancer, soit dans le tissu cellulaire, soit dans les cavités splanchniques, sans jamais obtenir un seul résultat positif; celle de MM. Cadiot et Gilbert, qui n'ont pas réussi davantage à faire naître le cancer par des inoculations chez des animaux similaires, malgré un nombre assez considérable d'expériences (plus de 40), pour l'exécution desquelles on avait réuni les conditions les plus propices au succès. Cependant M. Cornil a fait quelques réserves en faveur de la transmission par greffe, à propos de certains faits récents qui ont montré la possibilité de transplanter et de faire vivre des fragments de tissu cancéreux sur un sujet humain déjà porteur d'une néoplasie développée sur un autre point de l'économie ; mais on n'est guère en droit de généraliser les conclusions que l'on pourrait tirer de ces observations.

En effet, suivant la remarque de MM. Duplay et Cazin, les griffes qui s'opèrent sur des individus déjà néoplasiés, avec des fragments de leur propre cancer, paraissent réussir aussi facilement que celles que l'on essaie sur l'individu sain réussissent rarement. Cette remarque pourrait suffire à clore le débat, surtout si on la met en parallèle avec le résultat invariablement négatif des expériences destinées à établir l'inoculabilité du cancer.

Nous sommes amenés ainsi à une conclusion tout à fait analogue à celle que nous avons déjà formulée dans ce même journal, il y a plus d'un an, à la fin d'un article inspiré par le même sujet : à savoir que la preuve de la nature parasitaire du cancer, et corrélativement celle de sa contagiosité et de sa transmissibilité, est loin d'être chose faite. Il subsiste donc là une lacune importante et un désidératum regrettable, en même temps qu'une sorte d'énigme scientifique bien propre à exciter l'intérêt des passionnés de l'anatomie pathologique et des chercheurs futurs. La solution de cette énigme est sans doute une question de temps, peut-être même une simple question de perfectionnement dans les méthodes techniques employées jusqu'à ce jour.

P. Muselier.

OBSTÉTRIQUE

La septicémie puerpérale dans les campagnes.

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

Se laver les mains est plus difficile qu'on ne croit. Nettoyer ses ongles est toute une besogne. De telles complications dans les soins de toilette ne sont pas recevables. On est propre ou on ne l'est pas. Quand on est propre, on n'a pas besoin de savon. Telle est l'argumentation d'un grand nombre de sages-femmes, perdues dans nos villages.

Quelques-unes d'entre elles, effrayées des accidents qu'avait provoqués leur négligence, se sont résignées à l'antisepsie. La plupart s'y refusent : sur quinze sages-femmes auxquelles nous avons affaire, quatre font usage du sublimé et de la brosse à ongles. Un simulacre d'antisepsie est consenti par d'autres ; elles trempent le bout du doigt dans l'eau phéniquée d'un geste aussi preste que s'il s'agissait d'eau bénite. La femme qui accouche est infectée. La matrone a la conscience du devoir accompli.

Depuis 1888, nous avons soigné 43 scepticémies puerpérales et plusieurs fois la maladie a sévi épidémiquement(1).

Le 7 janvier 1888, Mme L..., sage-femme à Oyonnax, accouche une jeune femme. Quatre jours plus tard, frissons de l'accouchée, péritonite puerpérale. Mort le 20 janvier.

Le jour de la mort, Mme L... est appelée auprès d'une malheureuse mère de sept enfants. L'accouchement est facile ; seulement l'infection est foudroyante et éclate au bout de douze heures. Mort le cinquième jour.

En mars 1889, la sage-femme de Thoirette (Jura) soigne sa mère atteinte d'un érysipèle de la face. La fille continue d'exercer son métier. Résultat : quatre femmes contaminées en un mois. Deux guérisons, deux morts.

Le 22 juillet 1889, Mme B..., sage-femme à Oyonnax, délivre une jeune femme de 26 ans. Septicémie puerpérale le 30. Guérison.

Le 5 août, c'est-à-dire cinq jours plus tard, nouvel accouchement par la même sage-femme. Une jeune femme de 27 ans est infectée le 12. Guérison,

Cette sage-femme est responsable d'un certain nombre de méfaits analogues. Le 28 juin 1891, une de ses femmes prend de la septicémie puerpérale compliquée d'infarctus pulmonaire, et de pleurésie. Le 3 juillet, propagation de l'infection à une jeune accouchée de 24 ans. Les deux malades guérissent.

Il est certaines têtes où la pénétration d'une habitude à prendre se heurte à des résistances implacables. La tête de la femme B... est de celles-là. En dépit de nos recommandations pressantes, elle s'obstine à n'user que d'une antisepsie illusoire. Bien plus, en janvier 1892, elle ne trouve rien de mieux que de porter son enfant atteint d'un furoncle à la jambe dans la chambre de ses accouchées. En mère consciencieuse, elle applique des cataplasmes sur le furoncle de l'enfant, et, matrone empressée, pratique ensuite le toucher vaginal. A cet exercice, deux jeunes femmes doivent la mort, emportées qu'elles sont par des péritonites foudroyantes, à quelques jours d'intervalle.

Aussi bien les sages-femmes que nous venons de citer ne sont-elles pas les seules à choisir des utérus pour terrains de culture de leurs streptocoques ou microorganismes infectieux. Il semble qu'une sorte d'émulation ait poussé les

(1) Fiessinger : Note sur une épidémie de septicémie puerpérale d'origine érysipélateuse, *Gaz. Médic. Paris*, 6 et 13 juillet 1889. — Le traitement de la septicémie puerpérale par les injections intra-utérines, *Revue Médic. de Toulouse*, 1 et 15 sept. 1889. — *La septicémie puerpérale à Oyonnax, in Rapport général sur les Epidémies*, par le Dr Worms. Masson, édit., 1892, p. 66.

sages-femmes de la région à prouver que chacune d'elles était capable de réaliser de la septicémie puerpérale.

De 1889 à 1891, 13 sages-femmes infectaient leurs clientes; parfois la maladie s'arrêtait à la première accouchée et ne se répandait pas. L'honneur de cette extinction sur place ne revenait pas aux précautions prises par la matrone. Si elle contaminait une femme seule, c'est qu'elle n'en accouchait pas une seconde. Un intervalle de vingt à trente jours sépare souvent les naissances les unes des autres dans les villages où exercent les matrones. Ce laps de temps providentiel permet aux germes infectieux collectionnés sous les ongles de perdre de leur virulence ou d'être éliminés par les lavages. Bien des sages-femmes ne doivent qu'à leur clientèle clairsemée de ne pas compter plus de catastrophes à leur bilan.

Il y a quelques années, dans un de nos rapports à l'Académie de médecine, nous demandions une récompense, une médaille par exemple, qui serait décernée aux sages-femmes soucieuses de la propreté antiseptique. Puisque des médailles sont distribuées aux sages-femmes qui se signalent par le nombre de leurs vaccinations, pourquoi ne pas faire bénéficier d'un encouragement de même nature les sages-femmes qui se distingueraient par un chiffre considérable d'accouchements opérés sans accident? Livré à ses seuls efforts, le praticien ne parvient pas toujours à se faire entendre. Dans les villages éloignés, les matrones ne l'écoutent pas ou, s'il insiste, soulèvent la population contre lui. Pour échapper aux remontrances, elles empêchent que le médecin sévère sur l'antisepsie soit appelé dans la localité où elles prétendent ne pas être dérangées dans leurs habitudes de saleté héréditaire.

A vrai dire, si l'on considère la somme minime de cinq à dix francs qui est attribuée à une sage-femme pour un accouchement à la campagne, on comprend jusqu'à un certain point le raisonnement de ces malheureuses qui estiment que, vu la faible rémunération de leurs peines, il est malséant de compliquer leur tâche par des prescriptions qu'elles jugent intempestives. Pendant des années, elles ont exercé leur métier sans qu'elles aient eu à déplorer un accident. Voici une épidémie de fièvres puerpérales qui enlève leurs accouchées! C'est tant pis. Elles ne changeront rien à leur manière de faire. Assurément cette haine du nouveau, que Lombroso baptise du nom de misonéisme, est portée chez ces femmes à une acuité que l'on ne soupçonne guère dans les villes.

Les causes de la septicémie puerpérale dans les campagnes sont les mêmes qu'ailleurs: c'est la malpropreté de la sage-femme, une rétention du placenta ou des membranes; c'est encore une autre cause à laquelle on n'a pas accordé la prépondérance à laquelle elle a droit : nous voulons parler de la constitution médicale.

Quand la grippe endémique, la pneumonie, l'érysipèle sévissent dans un pays, la septicémie puerpérale règne de son côté. La gravité des premières maladies est accompagnée d'une fréquence correspondante dans la seconde. Pour que l'infection puerpérale se réalise, il ne suffit pas que le germe infectieux soit répandu dans l'entourage de la parturiente; il faut qu'il soit déposé à l'entrée des voies génitales. Une femme atteinte d'un érysipèle de la face peut fort bien accoucher sans accident; nous avons publié une observation concluante à cet égard.

Dans les cas, au contraire, où la constitution médicale perd de sa gravité, la septicémie puerpérale diminue de fréquence. En 1888, nous traitons 10 septicémies puerpérales; ce chiffre atteint 16 en 1889, tombe à 5 en 1890 et à 4 en 1891. Les années 1892 et 1893 nous fournissent chacune un chiffre de 4. Cette diminution dans le nombre des fièvres, suite de couches, est en partie due à l'antisepsie mieux comprise; mais les matrones qui acceptent cette antisepsie sont bien rares; et force nous est d'attribuer la morbidité moindre à un second facteur dont l'influence s'exerce indépendamment des précautions antiseptiques. Depuis 1890, la pneumonie et la grippe endémique ont revêtu des allures très bénignes. L'érysipèle est devenu abortif ou apyrétique. La fièvre puerpérale tend à disparaître. Ce résultat est en partie l'œuvre de la constitution médicale.

II

L'histoire de nos septicémies puerpérales est classique. Les formes de l'infection sont multiples et le même germe infectieux détermine des accidents divers. Ainsi, dans cette épidémie de Thoirette dont nous avons parlé plus haut, quatre femmes contaminées ont présenté: la première une pelvi-péritonite suppurée; la seconde et la troisième ont offert les signes d'une septicémie à forme typhoïde; la quatrième a succombé à une péritonite généralisée.

Le début de l'infection est parfois assez difficile à préciser, l'accouchée ne se plaignant que de faiblesse, de manque d'appétit, de diarrhée.

Le plus souvent un frisson marque l'entrée en scène de la septicémie puerpérale. Ce frisson plus ou moins intense peut s'accompagner de claquements de dents et est suivi de sueurs. Il dure une heure et même davantage.

Nous avons noté ce frisson 7 fois le deuxième jour, 3 fois le troisième jour, 6 fois le quatrième jour, 4 fois le cinquième jour, 3 fois le sixième jour, 2 fois le septième jour, 3 fois le huitième jour, 1 fois le neuvième jour, 1 fois le dixième jour.

L'infection qui est provoquée par la malpropreté de la sage-femme est plus précoce que celle due à la rétention de fragments placentaires ou membraneux; elle est aussi plus grave, surtout quand elle est transmise par contagion d'une septicémie antérieure. A partir du cinquième jour après l'accouchement, toutes nos malades ont été sauvées. Ce n'est pas à dire que le frisson du second jour ait une signification toujours fatale: plusieurs femmes infectées en dehors d'une épidémie ont guéri malgré ce frisson précoce. Du reste nos quarante-trois malades n'ont donné qu'un total de neuf morts, soit une proportion de décès d'environ 20 0/0, chiffre à peu près égal à celui de la mortalité par pneumonie dans nos régions.

En même temps que le frisson surviennent une céphalalgie frontale plus ou moins intense, des douleurs et le ballonnement du ventre, des douleurs dans les reins, les cuisses, au creux épigastrique. Les lochies, sont fétides. Les malades ont des vomissements qui peuvent simuler une indigestion. Il se produit de la diarrhée, des épistaxis, des érythèmes.

Dans un cas, nous avons eu affaire à une scarlatine puerpérale. Quand l'infection est forte, la douleur de ventre peut manquer, comme si la virulence du germe pathogène s'était opposée au développement de la lésion locale.

La fièvre est plus ou moins vive; le thermomètre accuse 40° et 41° (T. R.); le pouls demeure d'ordinaire en rapport avec l'élévation thermique et marque 120, 130, 140 pulsations. Quand il dépasse ce dernier chiffre, le pronostic devient fort grave. Chez une seule malade, nous avons observé une discordance entre la température et le pouls, ce dernier étant relativement lent (92 pulsations), tandis que la fièvre était intense (T. 40°5).

Une fois la maladie déclarée, la marche en est variable suivant le traitement employé, la seule médication active étant celle qui débarrasse l'utérus de ses germes infectieux et le lavage intra-utérin constituant encore la pratique qui répond le plus sûrement à cette indication. Au cours de la période d'état, les symptômes du début s'amendent ou s'aggravent.

Ils peuvent s'amender à tel point que la guérison est immédiate; la fièvre tombe et ne se relève plus. C'est le cas le plus rare. Il est plus commun, au bout de quelques jours de traitement, d'assister à une chute thermique temporaire. La fièvre remonte ensuite; après un laps de temps variant de quelques heures à quatre jours. Certaines malades ont deux de ces rechutes fébriles; d'autres en ont trois, quelques-unes vont jusqu'à quatre rechutes. Lors de la rechute, le degré thermique est variable : inférieur à la fièvre initiale ou, au contraire, lui étant supérieur. En général, la température est très mobile et modifie d'heure en heure le graphique.

Les douleurs de tête, la prostration, la fétidité des lochies, le ballonnement du ventre cèdent avec la chute de la fièvre pour reparaître avec son retour.

Outre les douleurs et la prostration, on note le délire et les mouvements ataxiques pour traduire l'atteinte du système nerveux. La rate est hypertrophiée; les urines sont albumineuses; dans une observation de septicémie typhoïde, nous avons eu à soigner des eschares sacrées. La diarrhée avec selles involontaires est fréquente.

La lésion locale se borne à une simple métrite ou s'étend aux tissus avoisinant l'utérus, forme un phlegmon périutérin, une pelvi-péritonite, une phlébite, une péritonite généralisée. Des abcès pelviens s'établissent, une oppression vive avec expectoration sanguinolente annonce la production d'un infarctus pulmonaire consécutif à la phlébite utérine; sauf le cas de péritonite généralisée, la guérison est habituelle.

Quand l'infection est forte, la lésion locale peut ne se révéler par aucun signe apparent et la malade succombe à une intoxication générale avec céphalalgie, épistaxis et oppression si accentuée que, dans une de nos observations, un confrère appelé avant nous avait diagnostiqué une pneumonie et ordonné une potion de kermès. L'absence de lésion locale dans la septicémie puerpérale est toujours d'un pronostic grave ; la guérison toutefois est possible.

La durée de la période d'état n'offre aucune fixité. Interrompue par les rémissions fébriles, elle s'étend sur un intervalle de trois à quinze jours. Cette durée est naturellement prolongée par l'apparition des complications (abcès pelviens, infarctus pulmonaires, pleurésies, etc.).

III

Le traitement consiste essentiellement dans les lavages intra-utérins. Cette pratique, dans la majeure partie des cas, est suffisante et on n'aura besoin de recourir ni au curettage, ni à l'écouvillonnage, préconisés par M. Charpentier. Les lavages nettoient l'utérus; les boissons abondantes, le thé, les alcooliques par la diurèse qu'ils provoquent nettoient l'organisme. De petites doses de sulfate de quinine (60 à 80 centig.) activeront les oxydations et favoriseront ainsi la solubilité des principes toxiques (A. Robin). Dans un cas de septicémie à forme ataxique, nous avons retiré des résultats merveilleux de l'emploi des bains froids à 25° administrés toutes les trois heures. On sait que les bains froids plutôt que par l'abaissement de la température agissent en régularisant les échanges nutritifs, en rétablissant la fonction qu'a le foie de détruire beaucoup de poisons (Bouchard), en stimulant les oxydations (Gautier-A. Robin).

Si efficaces soient à l'occasion les bains froids, si rationnelle soit la médication par les boissons abondantes (1) et les doses faibles de sulfate de quinine, la conclusion thérapeutique ne sera jamais brillante, si elle ne s'appuie en même temps sur l'usage des irrigations intra-utérines.

(1) Inutile d'ajouter qu'en cas de lésion locale prédominante et de douleurs vives, les opiacés sont indiqués comme dans toutes les péritonites.

Depuis plusieurs années, nous nous servons à cet effet de la sonde de Reverdin ; avec sa forme de ciseaux, dont une branche fait office de sonde et dont l'autre branche est susceptible de s'écarter de la première, cette sonde est d'un maniement commode et assure, par la dilatation de ses branches, l'écoulement du liquide injecté dans la cavité utérine.

Comme liquide de lavage, après avoir utilisé tour à tour l'eau phéniquée et le sublimé, nous n'employons plus que le lysol à dose d'une cuillerée par litre d'eau. Moins caustique et se mêlant plus intimement à l'eau que l'acide phénique, d'une toxicité très faible, le lysol nous semble l'antiseptique de choix dans les irrigations intra-utérines; comme l'acide phénique, il décèle le début de l'intoxication médicamenteuse par une coloration noire, à reflet verdâtre, des urines. Cette altération des urines que nous n'avons observée qu'une fois est de signification bénigne et permet de suspendre à temps l'emploi du médicament; il n'en est pas de même du sublimé où des accidents souvent graves sont les premiers indices de l'empoisonnement.

La quantité de liquide à injecter est en général de deux à trois litres; dans les villages éloignés nous ne pratiquons qu'une injection intra-utérine par jour; à Oyonnax, nous employons ces injections 2 à 3 fois dans les 24 heures. Dans l'intervalle des injections intra-utérines, sont prescrites des injections vaginales.

L'effet de ces injections sur la température mérite l'attention. Après le lavage intra-utérin, la fièvre peut rester stationnaire; le plus souvent elle baisse, et cette diminution peut atteindre un degré dans la demi-heure suivante.

Parfois, au lieu de diminuer, le degré thermique s'élève; l'augmentation de fièvre après l'injection intra-utérine varie de 2 à 3 dixièmes de degré jusqu'à près d'un degré. Un frisson peut se produire durant dix minutes à un quart d'heure et suivi de sueurs. L'élévation de température qui succède au lavage intra-utérin n'est que temporaire; le frisson n'a pas de signification grave. Tous deux, fièvre augmentée et frisson, tiennent sans doute à la cause suivante : dans la septicémie puerpérale, les lymphatiques et les veines sont gorgés de produits septiques. L'injection fait contracter l'utérus et projeter dans la circulation le contenu septique des vaisseaux. D'un autre côté, le lavage intra-utérin ayant éliminé un certain nombre de germes infectieux, l'hyperthermie que provoque l'injection intra-utérine ne dure pas et le frisson reste d'un pronostic bénin.

Nous n'avons jamais enregistré d'accidents imputables aux injections intra-utérines (pénétration du liquide dans le péritoine, etc.). Une de nos malades a présenté, douze heures après la dernière injection, une série de crises de tachycardie paroxystique (1); cinq crises successives, durant de deux minutes à une heure, étaient observées au moment de la défervescence; le pouls faible, imperceptible par instants, battait 180 à 200 fois par minute; il nous a paru plus rationnel d'attribuer ces crises à l'action des toxines microbiennes sur le système nerveux. L'idée d'un réflexe utérin, provoqué par les injections, nous a semblé devoir être écartée.

LETTRES DE PROVINCE

(De notre correspondant de Bordeaux.)

Rétrécissement de l'urèthre; urèthrotomie externe sans conducteur au thermo-cautère.

Dans la séance du 21 décembre dernier, M. le Dr Dénucé a communiqué, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux,

(1) Tachycardie paroxystique au déclin de la septicémie puerpérale, *Gazette Médicale*, 1892, 8 octobre.

l'intéressante observation d'un homme, âgé de 52 ans, présentant depuis deux années déjà tous les signes d'un rétrécissement blennorrhagique de l'urèthre, et qui, à la suite d'exercices forcés et d'excès de table, fut pris brusquement de rétention complète. Plusieurs tentatives de cathétérisme ayant échoué et le malade refusant toute opération, une série de quinze ponctions hypogastriques durent être pratiquées pour évacuer la vessie : le malade se décida alors à entrer à l'hôpital Saint-André. Un nouvel essai de cathétérisme échoua complètement et l'uréthrotomie externe sans conducteur fut pratiquée. Le Dr Dénucé, suivant la méthode du professeur Verneuil, fait alors avec le thermo-cautère une incision de 5 centimètres environ dont un peu moins de la moitié porte sur l'extrémité facile à sentir du cathéter. L'urèthre est incisé couche par couche et ouvert sans aucune goutte de sang sur le bout du cathéter. Les deux lèvres de la muqueuse uréthrale sont ensuite saisies avec des pinces à griffes et à arrêt, et la lame du thermo cautère est portée en arrière entamant sur une étendue de 2 à 3 centimètres du tissu scléreux très dur. Au delà, les tissus sont en apparence normaux. A ce moment, et grâce à l'absence complète d'écoulement sanguin, il est facile de reconnaître, à la partie postérieure de l'incision, un pli enfoncé qui semble être le bout postérieur de l'urèthre. Le cathéter, conduit avec précaution suivant la paroi supérieure, pénètre de lui-même dans cet orifice et chemine sans peine jusque dans la vessie. A ce moment, un flot d'urine s'échappe. Par la canule dont le cathéter est muni, on conduit dans la vessie une fine bougie de l'uréthrotome de Maisonneuve armée de son conducteur et l'on fait glisser dessus une sonde en caoutchouc rouge, à bout coupé n° 18, qui est laissée à demeure. Lavages boriqués de la vessie. Les suites ont été simples, mais la marche régulière vers la guérison a été interrompue au dixième jour par la production de dépôts calcaires dans le calibre de la sonde. Cette incrustation a été telle que le chirurgien n'a pu passer aucun conducteur et a été contraint de retirer la sonde. Or, comme celle qu'il a voulu mettre pour remplacer la première au lieu de pénétrer dans le bout postérieur du canal s'échappait par la plaie périnéale, il dut désunir celle-ci et introduire l'index gauche pour reconnaître au toucher l'état des parties ; il put alors soutenir et guider la sonde avec le bout du doigt et la faire pénétrer dans le bout postérieur de l'urèthre et de là dans la vessie. Dès lors la guérison a marché sans encombre. Ce qu'il y a en outre d'intéressant à signaler dans cette observation, c'est d'abord l'innocuité absolue de quinze ponctions aspiratrices consécutives, puis la facilité et la bénignité de l'opération de l'uréthrotomie externe. M. Dénucé attribue en grande partie cette facilité à l'emploi du thermo-cautère qui supprime tout écoulement sanguin, modifie fort peu l'apparence des tissus et permet de reconnaître facilement tout ce qu'on fait.

De la cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de Bassini. (de Padoue).

Dans la séance du 12 janvier de la même Société, M. Villar a exposé un procédé de cure radicale de la hernie inguinale, imaginé déjà et mis en pratique un grand nombre de fois par le professeur Bassini (de Padoue). Le Dr Villar a eu l'occasion de le voir pratiquer en Italie et d'examiner des malades opérés par ce procédé ; il l'a lui-même employé sur le cadavre et sur le vivant, et voici en quoi il consiste :

Premier temps : On incise l'aponévrose du grand oblique, ou, pour mieux dire, on ouvre largement le canal inguinal en sectionnant sa paroi antérieure.

Deuxième temps : On dissèque le sac en le séparant avec soin du cordon spermatique. On poursuit cette dissection jusque dans la fosse iliaque. On lie et on résèque le sac.

Troisième temps : Après avoir soulevé le cordon, on suture à la soie le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse à l'arcade crurale. La suture est commencée au niveau de l'anneau inguinal interne, au-dessus du cordon qu'on laisse en dehors, et continuée dans toute l'étendue du canal inguinal jusqu'au pubis.

Quatrième temps : Suture des deux lambeaux de l'aponévrose du grand oblique, en ayant soin de ménager à la partie inférieure un orifice pour le passage du cordon spermatique. Celui-ci se trouve, dès lors, compris entre l'aponévrose du grand oblique (paroi antérieure du canal inguinal) et la cloison formée par la suture à l'arcade de Fallope de muscles petit oblique et transverse (paroi postérieure du susdit canal).

Cinquième temps : Suture de la peau.

Comme on le voit, le but que l'on se propose est de reconstituer la paroi postérieure et la paroi antérieure du canal inguinal. Ce procédé présente de nombreux avantages :

1° L'ouverture large du canal inguinal permet de pousser loin le décollement du sac ;

2° Logiquement, les sutures musculo-aponévrotiques doivent fournir un plan très résistant ; en effet, on reconstitue ainsi un canal inguinal solide ; c'est une *restitutio ad integrum* ;

3° L'orifice interne ou profond du canal inguinal est rétréci ;

4° Cet orifice étant formé (dans ce procédé) aux dépens de l'arcade crurale et des muscles petit oblique et transverse, et l'orifice externe ou inférieur étant formé aux dépens de l'aponévrose du grand oblique, il s'ensuit que les deux orifices se trouvent situés sur des plans différents et, par suite, ne se correspondent pas.

5° Les résultats obtenus par Bassini sont des plus éloquents. Dans son travail paru en 1889, ce chirurgien rapporte 262 opérations de cure radicale par son procédé ; 108 malades ont été revus et la guérison a été constatée longtemps après l'opération (un an, 3 ans, 4 ans, etc.). Les malades ne portaient pas de bandage et parmi ces malades se trouvaient des jeunes gens qui ont été pris pour le service militaire. Depuis la publication de son mémoire, Bassini a eu l'occasion d'augmenter ses opérations ; en réunissant tous les cas il aurait mis sa méthode en pratique plus de 500 fois et avec de très beaux résultats.

J'ai eu pour ma part l'occasion d'assister le professeur A. Demons il y a un mois environ dans une opération de ce genre ; le procédé de Bassini a été suivi en tous points, son exécution a été des plus simples ; le résultat, quoique encore bien récent, est excellent.

Urano-staphylorraphie à l'aide de 2 lambeaux taillés selon la méthode de Baizeau-Langenbeck. Réunion immédiate. Résultat phonétique excellent au bout de trois mois.

M. le professeur Piéchaud a présenté à la Société un jeune enfant auquel il a pratiqué trois mois auparavant une urano-staphylorraphie.

Cet enfant présentait une division complète de la voûte palatine et du voile du palais. Ce dernier organe était réduit à deux bourgeons latéraux extrêmement petits, dont, au premier abord, le rapprochement paraissait impossible.

Deux lambeaux profonds furent taillés selon la méthode de Baizeau-Langenbeck ; les deux bourgeons représentant le voile du palais purent également être rapprochés après un avivement large fait en un seul temps, c'est-à-dire d'un seul coup de bistouri. Les sutures furent faites avec l'aiguille de Small. Longtemps avant l'opération, l'enfant fut habitué à des attouchements sur la bouche, et les parties molles du palais furent massées de façon à être mobilisables et à rendre le décollement plus facile au moment de l'opération ; ces conseils, déjà donnés par Trélat, sont excellents. M. Piéchaud estime que cette opération ne doit pas être faite trop tôt, jamais avant cinq ou six ans ; on peut donner du chloroforme, mais jamais en assez grande quantité pour obtenir une véritable anesthésie ; quand les enfants ont été préparés comme il a été dit plus haut, ils supportent très bien les manœuvres chirurgicales. Dans le cas actuel, le résultat phonétique, trois mois après l'opération, est déjà très notable ; on peut ajouter qu'il est absolument exceptionnel, vu le peu de temps écoulé depuis l'opération.

J.-W. Binaud.
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 avril. — Présidence de M. Jules Rochard.

Election d'un membre titulaire.

M. Malassez est élu par 41 voix sur 77 votants.

La fièvre typhoïde au Havre.

M. Brouardel. — Dans sa communication de la dernière séance, M. Gibert estime que la souillure du sol et du sous-sol de la ville du Havre est la cause manifeste de la fréquence de la fièvre typhoïde dans cette ville.

Il nie la contamination des eaux de source de Saint-Laurent, que nous avions, M. Thoinot et moi, reconnue en 1889.

Si nous n'avons pas, à cette époque, trouvé de bacille typhique, c'est que nos recherches ont été faites à la fin de l'épidémie.

La fièvre typhoïde, au Havre, a frappé les gens qui se servaient des eaux de Saint-Laurent; tandis que les voisins qui buvaient une autre eau étaient presque toujours indemnes. Le voisinage de la source est composé principalement de terrains d'épandage pour les vidanges de la ville.

Au Havre, la fièvre typhoïde fait de grands ravages. Comme dans les villes les plus atteintes, M. Gibert incrimine surtout le sol et le sous-sol et à ce propos nous fait remarquer que certains quartiers sont plus atteints que d'autres. Malheureusement, les quartiers riches que M. Gibert dit très souvent frappés, d'après la statistique faite par lui-même et fournie à l'Académie, sont ceux qui offrent le moins de décès. On ne peut donc, sur ces faits, baser une théorie de pathogénie de la fièvre typhoïde par une infection venue du sol ou du sous-sol.

La théorie hydrique de la fièvre typhoïde semble donc établie au Havre comme ailleurs. Nous ne nions nullement la contagion, nous la croyons seulement plus fréquente dans les milieux pauvres quand le malade habite là avec toute une famille. L'encombrement, dans ces cas, dissémine la maladie, mais le premier cas a dû être apporté par l'eau.

M. Gibert demande qu'à l'exemple des grandes villes étrangères, l'assainissement scientifique s'établisse dans nos cités françaises. Il est inexact, malheureusement, d'admettre comme M. Gibert que Bruxelles, Berlin, aient vu disparaître la fièvre presque complètement. Je m'associe à notre collègue pour demander à M. le ministre de l'intérieur de bien vouloir nommer une commission chargée d'étudier les mesures à prendre pour assainir la ville du Havre.

M. Gibert. — Je m'associe de grand cœur à la conclusion de M. Brouardel. Je répondrai simplement, sur le point le plus important de sa communication, que je crois impossible la contamination des eaux de Saint-Laurent.

L'épandage des vidanges ne peut contaminer la source; d'autre part, à aucun moment, nous n'avons constaté le bacille typhique dans les eaux, tandis que nous l'avons trouvé presque constamment dans les égouts et dans le sol.

J'attends, avant de prolonger la discussion, qu'une commission vienne sur les lieux se rendre compte de l'état géologique du Havre.

Abcès du foie.

M. Bertrand, *médecin en chef de la marine*, lit l'observation d'un jeune homme présentant un abcès du foie consécutif à une dysenterie.

L'abcès datait de 8 mois quand il fut ouvert.

L'examen bactériologique du pus a fait découvrir le staphylocoque et le bacille typhique et une bactérie indéterminée.

Il est donc inexact de croire que le pus des abcès du foie anciens est stérile.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 avril.

Action antipyrétique du gaïacol et du créosol synthétiques.

M. Gilbert. — J'ai voulu vérifier par moi-même l'action du gaïacol en badigeonnages chez les tuberculeux fébricitants.

J'ai employé des doses faibles, 1 gr. 1/2 par jour, en un seul badigeonnage.

La température prise toutes les heures, il m'a été démontré que l'abaissement était fréquent, mais non constant.

Quelquefois, à la suite de cet abaissement, il y a exagération de la température ordinaire.

J'avais employé le gaïacol impur, contenant 50 0/0 de créosol.

J'ai obtenu les mêmes résultats avec le créosol pur à la dose de 2 grammes.

Myélite expérimentale par toxine dyphtérique.

MM. Enriquez et Hallion ont obtenu, par injection de toxine dyphtérique, des lésions de myélite surtout hémorrhagique, caractérisées principalement par une sclérose névroglique avec destruction de fibres nerveuses.

Hyperglycémie par piqûre diabétique. — Théorie du diabète sucré.

M. Kaufmann. — En coupant les nerfs splanchniques la piqûre diabétique et les anesthésiques ne produisent plus d'hyperglycémie.

Si on coupe isolément les nerfs du foie ou ceux du pancréas la piqûre ou l'anesthésie font apparaître l'hyperglycémie.

L'action créée dans les centres nerveux sous l'influence de la piqûre diabétique ou des anesthésiques est donc transmise simultanément au foie et au pancréas.

Le pancréas a donc un rôle frénosécrétoire et le foie une action excito-sécrétoire pour la formation du sucre.

D'après cela, la glycosurie a pour cause la suppression plus ou moins complète de la sécrétion pancréatique, coïncidant ou non avec l'augmentation de l'excitation sécrétoire du foie.

On peut expliquer ainsi le diabète dans toutes ses formes, qu'il soit d'origine nerveuse, hépatique ou pancréatique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 avril 1894.

Cirrhose pulmonaire palustre.

M. Laveran. — Bien que les observations de cirrhose pulmonaire palustre ne soient pas banales, je crois, contrairement à M. Galliard, qu'on les rencontre encore quelquefois, ainsi que j'ai eu l'occasion de l'observer en Algérie. Heschl en a fourni un grand nombre d'observations.

Le paludisme chronique peut infecter le poumon, comme il fait pour le foie, la rate, en produisant d'abord des congestions qui aboutissent ensuite à l'organisation fibreuse.

Myxœdème congénital guéri par l'ingestion de corps thyroïde.

M. Souques présente, au nom de M. Brissaud et au sien, l'observation d'une malade atteinte de myxœdème congénital, qui fut guérie en six semaines, par l'ingestion quotidienne d'un lobe thyroïdien de mouton.

Contraction réflexe des adducteurs de la cuisse déterminée par la percussion du tendon rotulien du côté opposé.

M. Marie, à propos d'un malade, présenté à la dernière séance, atteint de syringomyélie pseudo-acromégalique, donne les résultats déterminés par la percussion du tendon rotulien du côté gauche.

Cette percussion n'amène aucun phénomène du côté gauche, mais fait contracter les adducteurs droits. Cette contraction, étant donné l'état du malade, est manifestement réflexe.

Ce phénomène peut se produire chez les sujets sains. Lorsqu'il se présente chez des gens dont le réflexe rotulien est aboli, on pourra diagnostiquer une lésion des centres moteurs et, si les adducteurs ne se contractent pas, on pensera plutôt à une lésion des nerfs.

Accidents urémiques au cours de la chlorose.

M. Hanot relate l'observation d'une chlorotique non albuminurique qui présente des crises urémiques manifestes au cours desquelles l'albumine appparut. M. Dieulafoy avait déjà signalé les néphrites toxiques de la chlorose; on pourrait aussi les rattacher à l'aplasie artérielle de M. Lancereaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 avril. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

M. Nicaise est nommé membre honoraire à l'unanimité des votants.

Bilharzia hœmatobia.

M. Delorme (du Val-de-Grâce). — Il y a quelque temps déjà, j'ai été chargé de vous faire un rapport sur une observation de bilharzia hœmatobia, qui nous a été communiquée par M. Cayet.

Le malade dont il s'agit, actuellement dans la garde républicaine, a passé plusieurs années à Babés, en Tunisie. Il eut, pour la première fois, une légère hématurie, il y a une dizaine d'années. Ce fait se reproduisit de plus en plus souvent, sans jamais incommoder le malade. Les urines devenaient sanguinolentes de temps en temps, deux à trois fois par semaine en été; c'est, en effet, pendant la saison chaude que l'on nota le maximum de fréquence.

Depuis quelques mois, l'hématurie reparaît tous les jours, pas à toutes les mictions cependant. C'est surtout à la fin de la miction que s'écoule le sang, dix à vingt gouttes ordinairement. Le sujet ne présente ni cystite tuberculeuse, ni cystite calculeuse, ni néoplasme. On trouve une légère hypertrophie du lobe droit de la prostate.

En face de ce symptôme unique, des allures étranges qu'il présentait dans son apparition et sa disparition, en l'absence de douleurs, ne trouvant chez le malade aucun signe lithiasique, et s'appuyant surtout sur la longue durée de l'hématurie, M. Cayet examina le dépôt sanguin au microscope. Il y trouva facilement des œufs de bilharzia bœmatobia. Ces œufs sont ovales, réfringents et présentent à un de leurs pôles un prolongement conique. Le dépôt contenait aussi des embryons ciliés, mobiles, quelques-uns conservant encore la forme en sablier qu'ils prennent à l'éclosion de l'œuf.

L'examen du dépôt se fait facilement sans préparation spéciale ni coloration.

Le sang fut aussi examiné chez ce malade, mais cet examen resta négatif.

Il y a là une grande différence avec la filariose qui produit non l'hématurie, mais de l'hématochylurie. Chez les filariés on trouve dans le sang pris la nuit des embryons de filaires.

Pendant longtemps on crut que la bilharzia était spéciale à l'Egypte où on la rencontrait fréquemment. Les rapports de Larrey parlent du grand nombre d'hématuries relevées pendant la campagne d'Egypte, elles avaient pour cause la bilharzia.

Mais on trouve la bilharzia au Soudan, en Tunisie, en Algérie.

Le mécanisme de l'hématurie est bien connu : les trématodes envahissent les veines vésicales, distendent leurs parois et les font éclater.

Le malade, dont vous venez d'entendre l'observation, présentait aussi des hémorrhoïdes qui n'avaient probablement pas une autre origine. M. Cayet s'est borné à instituer, sans grand succès d'ailleurs, un traitement médical. En effet, les injections antiseptiques ou caustiques ne donnent aucun résultat et cela se comprend puisque ce parasite est dans la paroi veineuse. Aussi se contente-t-on le plus souvent d'administrer l'extrait éthéré de fougère mâle.

Prolapsus génital associé à la métrite. — Quelques considérations sur le type symptomatique.

M. Bouilly. — La très intéressante discussion, qui s'est élevée dernièrement au sujet du prolapsus pelvien, m'a engagé à venir vous présenter quelques notes sur l'ensemble symptomatique qui résulte de l'association du prolapsus utérin à la métrite et au relâchement du plancher pelvien.

Lorsque nous sommes amenés à examiner une femme qui se plaint de douleurs dans la région pelvienne, nous sommes quelquefois embarrassés pour localiser la douleur; le cas est simple, si les annexes sont malades; mais, si l'utérus est seul atteint, nous devons nous demander si c'est l'utérus lui-même ou le système nerveux général qui détermine l'élément douleur.

La métrite simple, l'endométrite cervicale glandulaire, est indolente. Il en est de même de certaines endométrites hémorrhagiques. En un mot, l'inflammation localisée à la muqueuse n'entraîne pas de douleurs. Mais, si le col présente des déchirures avec éversion, ou, s'il s'est produit une transformation sclérokystique, les douleurs sont plus accusées. C'est au contraire la douleur qui domine dans la métrite parenchymateuse du corps, quand l'utérus est augmenté dans toutes ses dimensions. Mais où les troubles fonctionnels atteignent leur maximum d'intensité, c'est lorsqu'on trouve réunis à la fois la métrite, le prolapsus et l'affaissement du périnée avec déchirure incomplète.

Un accouchement laborieux et insuffisamment aseptique est la cause la plus fréquente de ces lésions réunies : le périnée est rompu, le col déchiré, et, par la plaie cervicale, commence la métrite, qui de proche en proche, lentement, en plusieurs mois, gagnera le parenchyme du corps. Dès lors, l'utérus volumineux, lourd, mal soutenu par un périnée défaillant, tendra à tomber.

C'est à cet ensemble, à ce groupement de lésions que correspond la majorité des symptômes du syndrôme utérin de M. Pozzi.

Nous trouvons ici, et très prononcées, les douleurs lombosacrées, et aussi l'état dyspeptique et finalement l'état nerveux.

Ces troubles sont surtout marqués dans la station debout et dans la marche. La station debout détermine rapidement une grande fatigue, les malades sentent une pesanteur dans l'abdomen. La marche est facile au début, mais rapidement les femmes sont obligées de s'asseoir, et, pour faire une sortie fort courte, doivent faire plusieurs temps d'arrêt.

Un caractère bien important aussi, c'est que fatigue et douleurs disparaissent assez vite par le repos au lit. Aussi ces malades le savent bien, elles se reposent et peuvent, aux mêmes conditions, recommencer, sans qu'aucune aggravation se manifeste.

Il n'y a ni poussées, ni crises, comme dans les affections annexielles. Ce qui augmente, c'est l'état dyspeptique, la flatulence, la dilatation gastrique, et parallèlement à la ptose pelvienne s'établit la ptose abdominale, chute du foie, du rein droit.

Les annexes, pendant tout ce temps, restent indolentes, de volume normal et non adhérentes.

A une lésion complexe, à une symptomatologie complexe, il faut une thérapeutique complexe et raisonnée.

La colpopérinéorrhaphie seule, appliquée à ces cas, ne donne aucun résultat.

Le traitement isolé de la métrite non plus.

Au contraire, on obtient des guérisons du traitement complet fait en une seule séance et comprenant : le curettage, l'amputation du col, méthodes d'Hegar, de Schrœder ou d'Emmet suivant les cas, puis, pour restaurer la statique pelvienne, la colpopérinéorrhaphie.

Ajontons à cela le port d'une ceinture genre Glénard pour remédier à la ptose abdominale.

Dans dix-sept cas que j'ai ainsi traités en ville, j'ai obtenu la disparition des troubles fonctionnels ; la station debout, la marche sont devenues possibles sans fatigue.

Ces cas-là ne me semblent nullement justiciables de l'hystérectomie.

M. Lucas-Championnière. — Les malades dont parle M. Bouilly ont-elles un prolapsus volumineux ?

M. Bouilly. — Je n'ai pas visé dans ma communication les cas de gros prolapsus, mais ceux de petits prolapsus combinés avec une métrite, car dans les gros prolapsus simples, les phénomènes douloureux sont insignifiants : ce sont surtout des troubles dûs au frottement et à la gêne occasionnés par la tumeur saillante.

M. Pozzi. — La principale part dans le syndrôme clinique, qu'a si bien étudié M. Bouilly, revient à la métrite. C'est donc à elle que s'adressera d'abord et surtout le traitement. Le traitement du prolapsus devra être fait dans le but d'éviter le retour des accidents métritiques.

M. Monod présente deux malades qu'il a traités par les greffes de Thiersch pour des ulcérations étendues.

M. Chaput présente un malade à qui il dut, pour un anévrysme poplité, faire successivement la ligature de l'artère fémorale et l'extirpation du sac.

R. Marmasse.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 12 avril.

Syphilis héréditaire chez un enfant de 5 mois; syphilis ignorée de la mère; père indemne de syphilis; syphilis contractée probablement dans un premier mariage et par conception.

M. Feulard présente un enfant de 5 mois atteint de plaques muqueuses anales et périanales, de syphilis des bourses et de la verge, de syphilides des lèvres et du pharynx avec quelques plaques cutanées et des syphilides des paupières. Il y a de l'enrouement, mais pas de coryza ; l'état général est excellent ; l'enfant est gros et gras.

Il est nourri au sein par sa mère qui présente un placard de syphilides tuberculeuses sèches au-devant et au-dessus de l'oreille gauche, et une syphilide de la face palmaire de la main gauche. Cette femme ignore tout antécédent syphilitique et ne soupçonne en rien la nature vraie des accidents que présente son enfant et qu'elle a elle-même. Elle a un enfant plus âgé (2 ans et demi) qu'elle nous montre et qui est indemne de syphilis. Mais elle a été mariée une première fois et a eu avec son premier mari, dont elle est divorcée, deux enfants, tous deux morts à six semaines. Elle ne peut, d'ailleurs, nous donner de renseignements certains sur la cause de la mort de ses enfants et sur la santé de son premier mari. Que croire et que conclure ? N'est-il pas impossible d'admettre que cette femme a été syphilisée par son premier mari, probablement par le mode conceptionnel ; que la syphilis, comme il arrive souvent dans ces cas, ne s'est révélée alors chez elle par aucun symptôme apparent ; qu'elle a été cependant suffisante pour faire périr les deux enfants puisqu'elle s'est réveillée plusieurs années après, au moment de la quatrième grossesse ; mais, déjà vieillie, n'a provoqué chez elle que des accidents cutanés très discrets et localisés, et, chez son quatrième enfant, qu'une syphilis héréditaire à manifestations bénignes. On pourrait tout simplement objecter que cette femme a contracté la syphilis extra-conjugalement, entre sa troisième et sa quatrième grossesse. Mais, outre que je n'ai pas de raison de suspecter la bonne foi de la malade, il serait étonnant qu'une syphilis, dans ce cas aussi récent, se traduisît seulement par des accidents qui ressortissent habituellement à la vérole vieillie. Le fait de la naissance d'un enfant sain, avant celle d'un enfant syphilitique, ne saurait infirmer l'hypothèse d'une syphilis ancienne, car cela n'est pas rare de voir naître d'une mère syphilitique des enfants syphilitiques, après qu'il est né déjà des enfants sains. Que l'on admette ou non dans ce cas l'hypothèse de l'imprégnation syphilitique par un premier mari, se répercutant sur les enfants du second mari, celui-ci étant sain, hypothèse parfaitement réalisable ; il n'en reste pas moins un exemple curieux d'une syphilis absolument ignorée et qui eût risqué de continuer à l'être sans la naissance d'un enfant syphilitique.

Sur un cas de lèpre anesthésique avec déformation singulière des mains et persistance des éminences thénar et hypothénar, contrairement à la loi de Hansen.

M. H. Hallopeau. — Hansen a récemment émis l'opinion que les éminences thénar et hypothénar sont constamment atrophiées dans la lèpre des mains ; c'est pour lui une loi pathologique, car il se fonde sur l'absence de cette atrophie pour se refuser à considérer comme appartenant à des lépreux des mains figurées comme telles par Zambaco. Le malade que nous présentons montre que cette proposition est trop absolue : le diagnostic est chez lui incontestable. Il présente des manifestations multiples et caractéristiques de la lèpre. Elles sont accentuées tout particulièrement aux mains où elles ont amené d'énormes déformations ; les quatre derniers doigts, actuellement atrophiés et sclérosés, après avoir été énormément tuméfiés, sont renversés dans l'extension sur les faces dorsales des mains et fortement déviés vers leurs bords cubitaux. Le petit doigt forme une anse à concavité supérieure avec le bord de la région métacarpienne. Les dernières phalanges sont très atrophiées, l'anesthésie y est complète. Or, *malgré ces profondes altérations, les éminences thénar et hypothénar forment leur relief normal à la main gauche et ne sont que très partiellement atrophiées à la main droite.* C'est donc à tort qu'Hansen a contesté, de ce chef, le diagnostic formulé par Zambaco.

Erythrodermie du mycosis fongoïde. — Variété scarlatiniforme.

M. Louis Wickham. — Il s'agit d'un malade, âgé de 57 ans, atteint d'une érythrodermie généralisée ; cette affection est des plus rares. D'après M. Wickham, pour peu qu'on ait déjà eu l'occasion d'observer un fait analogue, le diagnostic est facile à faire à l'encontre de ce qui arrive pour les autres variétés d'érythrodermie généralisées du mycosis fongoïde, alors bien entendu que ces diverses érythrodermies ne sont pas accompagnées de tumeurs mycosiques.

Les caractères de l'éruption présentée par le malade sont :

1° La rougeur diffuse généralisée et très intense ;

2° L'épaississement et la consistance spéciale de la peau ;

3° La sécheresse, la desquamation presque nulle ;

4° Une légère exagération des orifices et des plis de la peau ;

5° La laxité de la peau, qui prend par place l'aspect d'un sac trop lâche ;

6° L'engorgement ganglionnaire très accentué, aux aines, aux aisselles, etc. ;

7° Le prurit avec intermittences d'accalmie et de paroxysmes. Hyperesthésie.

Ces lésions remontent à dix-huit mois et se sont établies peu à peu. C'est seulement depuis deux mois que la généralisation est complète. Les urines donnent une augmentation du coefficient d'oxydation, 73.3 0/0 et contiennent de l'urobiline.

L'examen du sang a donné 1 globule blanc pour 654, il n'y a donc pas de leucémie.

Bien que cette éruption ne soit pas accompagnée de tumeurs mycosiques, il est aisé de la rapprocher de faits déjà observés à l'hôpital Saint-Louis qui, dans leur évolution terminale, se sont accompagnés de tumeurs et par conséquent de rattacher cette éruption elle-même au mycosis fongoïde.

Epithélioma serpigineux de la région frontale ; confusion possible de l'épithélioma cutané avec les syphilides tertiaires.

M. G. Thibierge présente un malade de 49 ans, sans antécédents syphilitiques, porteur à la région temporale d'une large ulcération plus étendue que la main, cicatrisée à sa partie centrale et bordée à sa périphérie par un ourlet dur ; les caractères cliniques sont ceux d'un épithélioma, et ce diagnostic a été confirmé par l'examen histologique. L'affection a débuté il y a dix-huit ans. Il y a trois ans, le malade a été guéri temporairement par le traitement mercuriel et ioduré ; depuis lors, ce traitement n'a plus donné que des résultats très incomplets. Le bord dur n'existe que depuis quelques mois ; auparavant, l'ulcération était nettement limitée et ressemblait plus à une syphilide qu'à un épithélioma. Cependant, en raison de sa progression régulière, de l'absence de tendance soit au hourgeonnement, soit à la destruction profonde, il est impossible de croire qu'il s'agisse d'un épithélioma greffé sur une lésion syphilitique antérieure. Il faut donc admettre que l'épithélioma peut revêtir pendant un temps fort long les caractères d'une lésion syphilitique, guérir même en apparence après l'emploi de la médication spécifique et n'offrir qu'ultérieurement son aspect habituel.

Arrêt de développement et déformation du squelette simulant la syphilis.

M. G. Baudouin présente, au nom de MM. Capitan et Ansien, une petite fille de 9 ans et demi, grande tout au plus comme un enfant de cinq ans (hauteur 1 mètre seulement, poids 22 kilos) et souffreteuse. Sa figure est assez intelligente, mais elle commence seulement à apprendre à lire et son développement intellectuel est en rapport avec son développement physique.

Tous les troubles du développement général, ainsi que les déformations qui les accompagnent ont débuté à l'âge de 6 mois. Jusque là, l'enfant s'était toujours hien portée, lorsque survint du gonflement des extrémités inférieures des fémurs et supérieures des tibias, avec une incurvation de ces os. Ces phénomènes s'accentuèrent jusqu'au 14e mois, laissant à leur suite les déformations qu'on constate aujourd'hui, caractérisées surtout au niveau des fémurs et des tibias par une tuméfaction qui donne l'impression d'une ostéopériostite spécifique. Les tibias ont pris la conformation en *lame de sabre*, d'une façon si accusée qu'on ne saurait, à première vue, se défendre de songer à la syphilis héréditaire.

Mais, d'autre part, on constate chez cette enfant nombre d'autres altérations qui relèvent tout autant du rachitisme, telles que nouures aux extrémités des os longs, ventre proéminent globuleux, ensellure considérable du rachis, saillie du thorax en avant, proéminence des bosses frontales ; la dentition a été tardive, elle est irrégulière, incomplète ; les dents sont mal rangées, les unes atteintes de carie précoce, les autres atrophiées ; mais aucune d'elles n'offre les caractères de la dent d'Hutchinson.

Par ailleurs, pas d'autres manifestations imputables à la syphilis, et l'enquête faite auprès des parents est absolument négative pour ce qui les concerne. Le père et la mère sont seulement nerveux l'un et l'autre ; la mère a mis au monde trois enfants (deux filles et un garçon) et n'a jamais eu de fausses couches. La sœur de la malade, âgée de 14 ans, est seulement névropathe, mais bien constituée ; son frère, âgé de cinq ans, se porte bien et est plutôt grand pour son âge. Donc on se trouve en présence, soit de lésions rachitiques simulant la syphilis héréditaire à s'y méprendre, soit de déformations héréditaires spécifiques ayant leur origine dans une syphilis absolument ignorée et méconnue. En tous cas, c'est un nouvel exemple des difficultés parfois insurmontables que peuvent parfois présenter ces sortesd e malades au point de vue du diagnostic étiologique.

Wickham.

LES LIVRES

Chez Georges Carré, 3, rue Racine, Paris.

Rhinologie, otologie, laryngologie, enseignement et pratique de la Faculté de médecine de Vienne, par le Dr Marcel Larmoyez, médecin des hôpitaux de Paris, chargé d'une mission par le Ministère de l'Instruction publique. 1 volume in-16, de 540 pages, relié maroquin, tranche dorée. Prix, 8 fr.

L'auteur a réuni dans ce volume les notes qu'il a recueillies au cours d'une mission scientifique en Autriche. Par son importance et son étendue, cet ouvrage est plus qu'une simple relation de voyage ; c'est une étude des plus complètes, richement documentée, et très fouillée en ses détails, sur l'organisation des études médicales, et en particulier de l'enseignement des spécialités à la Faculté de médecine de Vienne.

La seconde partie de l'ouvrage nous initie à la pratique des maîtres autrichiens, laryngologistes et otologistes ; présentée sous une forme didactique, elle forme un véritable traité de thérapeutique des maladies du nez, de la gorge et des oreilles, d'après les méthodes en usage dans les services de Politzer, de Schrotter, etc.

Chez Félix Alcan, éditeur, boulevard Saint-Germain.

Formulaire magistral de A. Bouchardat, membre de l'Académie de médecine, 30e Edition ; 1 vol. de 688 pages in-18 compactes : broché, 3 fr. 50 ; cartonné à l'anglaise, 4 fr.

Le succès de ce *vade-mecum* du médecin et du pharmacien ne se ralentit pas. C'est que tous les praticiens familiarisés depuis longtemps avec son emploi savent qu'ils y trouvent tout ce qui leur est nécessaire pour l'application de la thérapeutique, à côté de nombreux et utiles renseignements sur l'art de formuler, l'emploi des eaux minérales, l'emploi des contre-poisons, les secours à donner aux asphyxiés et aux empoisonnés, l'hygiène thérapeutique, le régime dans les maladies, et en particulier dans la glycosurie.

Cette édition contient plus de deux cents articles nouveaux, parmi lesquels nous citerons : *les hypnotiques, le sulfonal, le trional, la chloralose,* les dernières substances proposées comme *antithermiques* ou *analgésiques, les succédanés du salol et de l'iodoforme,* ainsi que les *préparations des sels mercuriques à bases organiques* plus facilement tolérées par l'estomac que les anciennes préparations. On y trouve également les formules les plus réputées, adoptées ou introduites dans leur pratique par les médecins et les chirurgiens des hôpitaux de Paris. Deux chapitres inédits sont consacrés à la préparation des pansements antiseptiques et aux injections sous-cutanées.

Chez Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain, Paris.

Leçons de Thérapeutique. Les agents physiques et naturels : agents thermiques, électricité, modifications de la pression atmosphérique, climats et eaux minérales, par le Dr Georges Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. grand in-8o, avec nombreuses figures et 1 carte des eaux minérales et stations climatériques. Prix, 12 fr.

Extrait de la préface de l'auteur. — ... Les médecins ne savent pas assez utiliser les importantes ressources qui leur sont offertes par l'emploi des agents physiques, ainsi que par les climats et les eaux minérales. A notre époque où les affections chroniques sont si répandues, où l'on vit plus vieux, mais plus péniblement, plus pathologiquement, les médicaments proprement dits doivent céder le pas, dans un très grand nombre de circonstances, à des pratiques capables de modifier la nutrition générale et de régulariser les réactions nerveuses. Si l'on néglige souvent de recourir à ces pratiques ou si l'on s'en sert mal, cela tient en partie à la difficulté qu'éprouvent les élèves à en faire l'étude. J'aurais pu renvoyer les élèves aux nombreux traités spéciaux ; il m'a paru préférable de leur présenter un résumé relativement succinct de publications tellement étendues que les principales constituent dans leur ensemble une véritable bibliothèque.

65e ANNÉE. 9e SÉRIE. TOME I — N° 17 — 28 AVRIL 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Des glycéro-phosphates et de leur emploi en thérapeutique.

Communication préalable par ALBERT ROBIN.

I

Je désire faire à l'Académie une simple communication préalable, destinée à prendre date, au sujet de l'emploi thérapeutique de médicaments nouveaux, je devrais presque dire d'une médication nouvelle, dont je poursuis l'étude depuis l'année 1888.

Cette médication est pleine d'avenir. En tout cas, elle vise un but de la plus haute importance, puisqu'il n'est question de rien moins que d'exercer une action élective sur la nutrition nerveuse.

Il s'agit des glycéro-phosphates.

J'ai été conduit à étudier leur valeur thérapeutique en constatant au cours des travaux sur la neurasthénie que certains malades éliminaient par l'urine des quantités relativement considérables de phosphore incomplètement oxydé, qui, toutes choses étant égales d'ailleurs du côté de l'alimentation, me semblait provenir d'une dénutrition exagérée de la lécithine nerveuse. On sait, en effet, que la plus grande partie du phosphore incomplètement oxydé de l'urine se trouve sous forme d'acide phospho-glycérique et que ce corps est l'un des constituants de la lécithine, laquelle entre pour une si grande part dans la composition du système nerveux.

Comme, d'autre part, l'assimilation des phosphates médicamenteux ne s'effectue qu'avec une grande difficulté, je supposai qu'en fournissant à l'organisme du phosphore dans une combinaison organique aussi rapprochée que possible de celle qu'il affecte dans le système nerveux, on obtiendrait des effets plus marqués, avec une élection possible sur l'appareil de l'innervation.

J'exposerai bientôt à l'Académie le résultat des recherches que j'ai faites depuis six années ; aujourd'hui, j'en veux seulement résumer les points principaux.

II

J'ai employé les glycéro-phosphates de chaux, de soude et de potasse, soit isolés, soit associés, par la voie stomacale et par la voie sous-cutanée.

L'action de ces médicaments sur la nutrition est extrêmement importante.

Ainsi, pour ne prendre qu'une de mes expériences, le glycéro-phosphate de chaux, en injections sous-cutanées à la dose de 0.25, augmente le résidu total de l'urine, l'urée (de 23.5 à 31.73), le coefficient d'oxydation azotée (de 80.7 0/0 à 84 0/0), les chlorures, les sulfates, le coefficient d'oxydation des soufres (de 87 à 90 0/0), la chaux, la magnésie et la potasse. Il ne semble pas avoir une influence bien marquée sur l'acide urique et ne fait varier que dans des proportions insignifiantes le phosphore incomplètement oxydé, qu'il tend plutôt à abaisser.

Il exerce donc, sur la nutrition de tous les organes, une puissante accélération, et je démontrerai plus tard que cette accélération prend sa source dans une stimulation particulière de l'appareil nerveux. Son action sur cet appareil est antagoniste de celle de l'antipyrine. Comme je l'ai démontré dans une communication faite en 1887 à l'Académie, cette dernière est le médicament de *l'excitabilité nerveuse exagérée*, tandis que les glycéro-phosphates sont les médicaments de la *dépression nerveuse*.

Par la voie stomacale, les effets sont de même ordre, mais avec des accentuations beaucoup plus restreintes.

III

J'ai donc conclu de mes expériences que les glycéro-phosphates pouvaient être avantageusement employés dans les cas où il s'agissait de relever la nutrition nerveuse défaillante et d'en stimuler l'activité.

Ils m'ont réussi dans la *convalescence de la grippe et de*

quelques maladies infectieuses, dans les *asthénies nerveuses* de diverses origines, dans une variété particulière de *neurasthénie*, dans des cas de *chlorose torpide* où les oxydations azotées étaient sensiblement abaissées, dans les *albuminuries phosphaturiques* et dans un cas de *phosphaturie*. Ils me paraissent donc indiqués dans tous les états morbides où les réactions nerveuses sont en déchéance.

Je citerai, entre autres, le fait d'un homme de 25 ans, atteint de *maladie d'Addison*, amaigri, marchant à peine, déjà cachectique, pesant 56 kilos, qui reçut, du 5 au 25 janvier, 25 grammes par jour de glycéro-phosphate de chaux en injections sous-cutanées. Le 26 janvier, il pesait 59 kilos et avait recouvré ses forces.

Il sortit le 9 février pour reprendre son travail. Nous l'avons revu le 5 avril ; il venait nous annoncer que l'amélioration obtenue ne s'était pas démentie. Je dois à la vérité de déclarer que la teinte bronzée de la peau ne s'était pas atténuée.

IV

Il était impossible de ne pas comparer les effets de glycéro-phosphates avec ceux obtenus par les injections de liquide testiculaire.

Aussi bien le phosphore en combinaison organique est l'un des principes essentiels, sinon le principe le plus important de ces liquides; et n'est-il pas permis de supposer que ce qui agit dans le liquide testiculaire, c'est précisément ce phosphore en combinaison organique! D'où l'idée bien simple de remplacer le liquide en question par les injections sous-cutanées de glycéro-phosphates, sans qu'il soit besoin d'insister davantage pour démontrer les avantages de cette substitution.

Dans cet ordre de faits, voici ce que j'ai obtenu :

Les *ataxiques* ont augmenté de poids (moyenne 51 gr. par jour). On a constaté chez eux une tendance à la moiteur, une sensation de chaleur dans les extrémités, moins d'appréhension dans la marche et surtout une diminution très sensible des douleurs fulgurantes. L'incoordination motrice n'a point été modifiée notablement.

La quantité d'urine augmente dans d'assez grandes proportions. Pendant les premiers jours, les injections de glycéro-phosphate provoquent des fourmillements dans les jambes; les malades se plaignent d'inquiétudes, d'un besoin d'étendre et de plier alternativement leurs membres; mais ces phénomènes sont de courte durée.

Un chaudronnier de 33 ans, atteint d'*hyposthénie gastrique avec hyperchlorhydrie*, très affaibli par l'insuffisance de son assimilation et par des *flux hémorrhoïdaires*, augmente de 3 kilogrammes en 41 jours.

Un mécanicien de 47 ans, immobilisé par une sciatique aiguë que le chlorure de méthyle n'a point atténuée, reçoit 15 centigrammes par jour de glycéro-phosphate en injections sous-cutanées sur le trajet du nerf sciatique. Le traitement dure du 1er au 7 mars. Le 16 mars, il quitte l'hôpital complètement guéri. Deux autres cas de sciatique traités de la même façon ont guéri, l'un en 9 jours, l'autre en 12 jours.

Enfin, une femme de 60 ans, atteinte de tic douloureux de la face, a été traitée dans mon service par M. Capitan. Cette malade avait 10 à 12 attaques par jour, débutant par une sorte de fourmillement qui s'exaspérait ensuite en douleurs atroces à caractère convulsif. Sa vie, depuis sept ans que durait ce mal, était un véritable martyre. Du 19 au 28 décembre on se borne à faire des piqûres de morphine qui procurent un soulagement momentané. Mais, à la suite d'une courte attaque de grippe, les douleurs reparaissent plus violentes. Du 4 au 8 janvier on injecte 20 centigrammes de glycéro-phosphate de chaux au niveau de l'un des points douloureux de la face; du 8 au 18, pas de traitement; on termine du 19 au 22 par une injection de 20 centigrammes par jour.

Les crises douloureuses disparaissent jusqu'au 3 février. Ce jour-là, le malade se fait extraire deux dents cariées, et les crises recommencent aussi aiguës qu'avant le traitement. Alors, nous injectons du glycéro-phosphate de soude, toujours à la dose de 20 centigrammes par jour. Le 8 février, après 4 injections, les accès disparaissent, et le malade part le 6 mars pour le Vésinet, sans avoir ressenti la moindre douleur depuis la dernière injection.

Dans un cas de *paralysie des extenseurs de la main* consécutive à une intoxication par l'oxyde de carbone, je n'ai obtenu que des effets très insignifiants.

Les injections ne produisent pas d'accidents locaux quand elles sont pratiquées avec les précautions antiseptiques d'usage. Tout se borne à une sensation de cuisson, rarement douloureuse, et à une rougeur plus ou moins persistante de la peau.

Je n'ai parlé jusqu'ici que des cas favorables. Pourtant il est juste d'ajouter que chez deux ataxiques, les injections semblent avoir été parfaitement indifférentes. Chez un troisième, il y eut, à la quatrième injection, une sorte d'accès d'excitation cérébrale, avec insomnies et ébauches d'hallucination.

V

En résumé :

1° Les glycéro-phosphates sont des agents thérapeutiques puissants qui accélèrent la nutrition générale par l'intermédiaire de leur action sur le système nerveux ;

2° Ils reconnaissent la dépression nerveuse comme indication essentielle ;

3° En injections sous-cutanées, ils produisent des effets au moins aussi énergiques que le liquide testiculaire qui n'agit vraisemblablement qu'en vertu du phosphore organique qu'il contient. Il y a donc tout avantage à l'employer à la place de ce liquide, puisque l'on substitue ainsi un produit défini, dosable, à une préparation incertaine, variable et éminemment altérable ;

4° Les observations citées plus haut donnent lieu d'espérer que ces injections seront probablement utilisées dans le traitement des asthénies nerveuses de causes diverses, des albuminuries phosphaturiques, des phosphaturies, de la maladie d'Addison, de quelques sciatiques et du tic douloureux de la face. Dans l'ataxie locomotrice, les résultats sont plus incertains et tout paraît se borner à une diminution des douleurs fulgurantes.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement des pleurésies purulentes chez les enfants.

Par A. Péron, interne des hôpitaux.

La pleurésie purulente est relativement fréquente dans l'enfance. Non diagnostiquée ou abandonnée à elle-même, son pronostic est presque toujours fatal. Convenablement

traitée, elle guérit le plus souvent. Si l'on considère l'état dans lequel arrivent, au moins à l'hôpital, les petits malades, on peut dire qu'on assiste à de véritables résurrections d'enfants, condamnés depuis longtemps sous des étiquettes variées : tuberculose..... broncho-pneumonie, etc.

Il importe donc d'en faire le diagnostic le plus rapidement possible. Cette question de séméiologie n'entre pas dans le cadre de cette revue, où nous voulons seulement parler du traitement de l'empyème. En dehors des signes classiques connus, — ampliation et immobilisation de toute la poitrine, voussures, élargissement des espaces intercostaux — qui sont toujours si manifestes chez les enfants dont le thorax mobile se prête facilement à toutes ces déformations, on doit toujours songer à la pleurésie purulente quand on constate une matité notable à la base d'un poumon, avec l'absence complète de tout bruit vésiculaire ou de signes stéthoscopiques anormaux. Aussi faut-il toujours dans ces cas faire une ponction exploratrice.

Une seringue de Strauss, de Félizet, de Deboye, en un mot une seringue dont le piston peut, sans s'altérer, supporter l'ébullition, est bouillie dans l'eau phéniquée à 5/100, si l'on ne veut pas pratiquer l'examen microbiologique du pus; dans de l'eau ordinaire, si cet examen doit être fait. Au point le plus mat du thorax, là où la voussure est le plus manifeste, la peau est brossée avec soin à l'eau chaude et au savon, dégraissée à l'éther et lavée très soigneusement avec la solution de sublimé à 1/1,000. Les mains de l'opérateur sont elles-mêmes lavées avec soin suivant les règles antiseptiques. Prenant alors la seringue, dont on a vérifié au préalable le bon fonctionnement, on flambe l'aiguille, et, quand elle est refroidie, on l'enfonce dans l'espace intercostal choisi d'avance en longeant le bord supérieur de la côte inférieure pour éviter la blessure des vaisseaux intercostaux. On aspire alors lentement; le plus habituellement quand il y a du pus, quelques gouttes montent dans la seringue; si le pus est très liquide, la seringue peut se remplir presque complètement. Dans le cas où la ponction exploratrice est négative: ou bien quelques gouttes de sang montent dans la seringue, alors on a pénétré dans le poumon; ou bien l'on ne retire absolument rien, ni sang ni pus.

Il ne faudrait pas en conclure d'une façon absolue qu'il n'y a pas de pus dans la plèvre. Il arrive même assez souvent que l'épanchement est tellement épais qu'il ne peut s'engager dans l'aiguille. Il est alors nécessaire de faire une ponction avec l'appareil de Potain ou de Dieulafoy. Nous verrons plus loin comment on doit agir.

Une ponction exploratrice, faite dans les conditions précédentes avec toutes les règles de l'antisepsie, est absolument inoffensive. Jamais l'on n'observe d'accidents même quand on pénètre dans le poumon.

Quand on a constaté la présence d'un empyème, il est de toute nécessité d'évacuer le plus tôt possible le pus. Il n'y a aucune contre-indication. Ni la température ni l'état général souvent très grave de l'enfant ne doivent arrêter le médecin. Nous parlons bien entendu des cas de pleurésie purulente franche, laissant de côté volontairement les cas dans lesquels, au cours d'une broncho-pneumonie très intense à foyers bilatéraux, quelques cuillerées de liquide se collectent dans une ou dans les deux cavités pleurales.

Pour évacuer le pus, on pratique la thoracentèse avec un appareil, aspirateur ordinaire, et en prenant toutes les précautions indiquées plus haut pour que cette intervention soit faite antiseptiquement.

Il n'y a qu'une seule recommandation à faire. Il faut ponctionner avec une aiguille assez grosse, l'aiguille n° 2 de Dieulafoy au moins. Il arrive même, quoique très rarement, que celle-ci soit encore trop petite, ou mieux qu'un grumeau purulent, en bouchant l'entrée, empêche l'écoulement du liquide. Il ne faut pas alors hésiter, au moins quand on a la conviction de l'existence d'un épanchement par la réunion de tous les signes cliniques habituels, à faire la ponction avec un gros trocart. Sans doute, il arrive quelquefois que le pus continue à couler par l'orifice du trocart, trop volumineux, on en est quitte alors pour faire l'empyème séance tenante; dans tous les cas, cette conduite vaut infiniment mieux que de laisser l'enfant mourir d'une pleurésie purulente méconnue.

Il est bien entendu que, dans l'évacuation d'un épanchement purulent, on doit prendre toutes les précautions qu'on prend d'ordinaire pour l'évacuation des épanchements séreux, surtout pour la plèvre gauche; écoulement lent; on s'arrête aux premières secousses de toux.

La nature du liquide retiré par la ponction donne au clinicien de précieux renseignements sur la nature de l'agent pathogène de la pleurésie.

Sans doute, toutes les fois que cela sera possible, un examen bactériologique vaudra mieux. Cependant un pus très épais, jaune crémeux, est presque toujours produit par le pneumocoque, et comporte un pronostic relativement bénin; le pus peut être fétide, ce qui constitue une indication formelle de l'empyème, etc.

En clinique : ou l'épanchement se reproduit dans les jours qui suivent la ponction, ou il ne se reproduit pas — cas exceptionnel. Si l'on a affaire à la pleurésie purulente méta-pneumonique, si l'enfant n'est pas trop fatigué, on peut faire une seconde, une troisième ponction, l'épanchement guérit par ce seul traitement. Mais, si l'état général reste mauvais, si l'épanchement se reproduit, il faut arriver à l'opération de l'empyème. Un bistouri, quelques pinces hémostatiques, une sonde cannelée, une rugine, une cisaille et une bobine de soie fine suffisent. Si l'enfant n'est pas trop fatigué, il vaut mieux chloroformer, en prenant les plus grandes précautions, surtout si l'épanchement siège à gauche. Si, au contraire, l'état général est inquiétant, on peut opérer à la cocaïne, ou, après un stipage au chlorure de méthyle.

On choisit, quand on le peut, la région axillaire dans le 5e ou le 6e espace; mais si l'épanchement, ce qui arrive souvent dans les pleurésies méta-pneumoniques, est enkysté, il vaut mieux inciser directement à l'endroit où la matité est le plus manifeste, la voussure la plus marquée. Dans certains cas la ligne d'opération est indiquée par un orifice d'écoulement du pus (empyème ouvert spontanément au dehors, trou fait par un gros trocart et par lequel le pus continue à s'écouler).

Les instruments sont bouillis ou flambés, la peau nettoyée avec soin.

L'incision est faite dans l'espace intercostal choisi; la peau, les muscles sont coupés, les artérioles de la paroi pincées. On arrive ainsi sur la paroi costale. Chez l'enfant on peut poser en principe que, pour faciliter l'écoulement du pus, il vaut mieux faire la résection d'un fragment de côte. A cet âge, en effet, les espaces intercostaux sont trop étroits. Arrivant alors sur la côte supérieure on incise son périoste; on dénude l'os à la sonde cannelée et à la rugine sur tout son pourtour dans l'étendue que l'on veut couper (2 à 3 centimètres au moins). On glisse la cisaille de Liston entre le périoste et l'os et on coupe la côte: le fragment enlevé on incise le périoste de la face interne de la côte et la plèvre pariétale. La cavité pleurale est ouverte et le pus s'écoule mélangé souvent à des fausses membranes épaisses.

En dehors de la blessure des vaisseaux intercostaux, facile à éviter en suivant la règle précédente et qu'on pincera si cet accident arrive, il n'y a guère qu'un autre incident: il se peut que le périoste de la côte dénudée saigne notablement. Le plus habituellement, une compression convenable et un peu prolongée rend maître de cette hémorrhagie en nappe.

Quand le pus est écoulé, on prend deux gros drains qu'on accole en canons de fusil; on les réunit par une épingle de nourrice et on les engage dans la plèvre. On glisse sous l'épingle une lanière de gaze iodoformée et sur tout le thorax on fait un large pansement bien doublé de ouate, surtout dans les parties déclives, car le suintement des liquides est abondant dans les premiers jours qui suivent l'opération.

Les lavages sont inutiles dans la très grande majorité des cas.

Le pansement doit être renouvelé tous les jours, dans la première semaine. Les drains sont alors nettoyés, débarrassés des fausses membranes qui les entourent ou les obstruent et remis en place. On diminuera progressivement leur longueur.

Dans les semaines suivantes, les drains seront raccourcis de plus en plus, les pansements plus rares : tous les 3, 4, 8 jours.

Nous ne saurions trop insister sur ce fait, que l'antisepsie la plus rigoureuse doit être suivie dans les pansements consécutifs. Telle plèvre, dont l'infection primitive était due au pneumocoque, et qui devait par suite guérir en 5 à 6 semaines, se trouve infectée secondairement par des pansements sales. Alors la suppuration est intarissable, la fièvre remonte, l'enfant maigrit de nouveau; en dépit des lavages, des cautérisations au chlorure de zinc, des résections costales étendues, la suppuration de la plèvre continue, le poumon n'a aucune tendance à l'expansion et l'enfant meurt épuisé avec des signes de dégénérescence amyloïde. Si, au contraire, on a suivi une antisepsie rigoureuse, l'état général reprend très vite, le poumon redevient rapidement perméable, la paroi très souple du thorax de l'enfant se rétracte et la guérison survient en 6 semaines ou deux mois. Quelquefois une des extrémités costales baignant dans le pus suppure pour son compte; un grattage de cette portion d'os suffira le plus souvent à tarir une fistulette qui a pour origine la paroi et non la plèvre.

Dans cette courte revue, nous nous sommes bornés à la thérapeutique générale des épanchements pleuraux purulents de l'enfance. Il y a toute une série de remarques à faire sur le traitement des pleurésies purulentes partielles, sur la conduite à tenir dans les cas de vomiques, sur les résections larges de la paroi quand le poumon reste affaissé, etc. Nous en ferons l'objet d'une seconde note.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les papules syphilitiques de la conjonctive.

Par le Dr Albert Terson,
ancien interne des hôpitaux, chef du laboratoire d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu.

Le terrain conjonctival est apte, on le sait, à présenter soit l'accident syphilitique primitif, soit la série des autres manifestations secondaires, tertiaires, et de transition. Parmi les lésions de cette deuxième série, les mieux connues actuellement sont les gommes siégeant dans le tissu conjonctival profond et intéressant les couches, surtout superficielles, de la sclérotique. Le mot heureusement choisi d'*épisclérite gommeuse*, concerne spécialement cette catégorie d'altérations (1). Mais il en est d'autres encore assez mal délimitées à l'étude desquelles de précises contributions sont encore nécessaires : ce sont les conjonctivites syphilitiques, d'allures diverses, décrites par Mauthner, par Goldzieher, les plaques muqueuses de la conjonctive, certaines syphilides ulcéreuses rentrant peut-être dans l'épisclérite gommeuse à la période d'ulcération, enfin des éruptions papuleuses, si rarement signalées. Nous avons, dans le service de M. le professeur Fournier, que nous remercions vivement de sa bienveillance, observé une éruption papuleuse assez typique et survenue dans des conditions assez exceptionnelles pour être rapportée et comparée aux cas déjà publiés. Il y a là, sur cette région externe de l'œil, si accessible au diagnostic du syphiligraphe, quelques caractères cliniques propres à cette éruption, qui méritent, croyons-nous, d'être nettement classés.

Smée est le premier, ou l'un des premiers, qui ait donné une observation d'éruption conjonctivale syphilitique (1). « Sur la conjonctive d'une femme atteinte depuis trois ans, de syphilis, existait au-dessous de la cornée, une tache un peu moins grande qu'une pièce d'un penny. La conjonctive était *tuméfiée, surélevée* sur ce point, et offrait une teinte cuivrée. Il y avait une éruption cuivrée, d'aspect assez indéterminé, sur le corps, et un petit ulcère à l'angle des paupières. Le traitement ioduré guérit tout cela. » Desmarres père (2) parle d'une éruption de « syphilides tuberculeuses, qui s'élevaient de tous les côtés sous la conjonctive, petites tumeurs indolentes, très dures, oblongues », coexistant avec d'autres tubercules de même aspect sur les téguments, et avec une double iritis à condylomes, chez un adulte. La peau des paupières était criblée de ces productions. Le traitement spécifique agit souverainement. S'agit-il d'une véritable éruption papuleuse ou d'infiltrations gommeuses multipliées ? Nous verrons plus tard qu'il est bien rare d'observer un grand nombre de gommes épisclérales. Aussi le fait reste-t-il douteux. De même un cas de Magni (3) où l'apparition de nombreuses petites élevures rougeâtres, coexistant avec des plaques cuivrées cutanées et des iritis, disparaissant et se reproduisant incessamment pendant plusieurs mois, mobiles avec la conjonctive, n'ayant subi du traitement antisyphilitique, très irrégulier du reste, qu'une influence incertaine, fut qualifiée de kérato-conjonctivite gommeuse. Y avait-il une éruption de phlycténes (4) comme la présence de légères complications cornéennes le donnerait à penser? Y avait-il de véritables papules syphilitiques? Il est impossible de conclure avec certitude. La thèse de Savy (*Des Eruptions conjonctivales*, Paris, 1876) contient, au contraire, un exemple de *syphilide papuleuse vraie*, due à M. Fournier. Chez une jeune femme, ayant eu quatre mois auparavant des plaques muqueuses, et de l'alopécie, existe une abondante éruption papuleuse et papulo-squameuse confluente, surtout au pourtour du nez et de la bouche, sur le front et les paupières. Sur la conjonctive bulbaire de l'œil droit, à la partie supérieure, à trois millimètres du limbe scléro-cornéen, il y a une saillie assez prononcée, représentant une pustule de forme circulaire, d'un diamètre d'environ un demi-centimètre. Tout autour se voit une congestion assez marquée de la conjonctive (Voir le moulage de la collection de M. Fournier, au musée de l'hôpital Saint-Louis, sous le n° 45). Il y a de volumineuses nodosités, paraissant siéger dans le tissu cellulaire, et grosses comme des noyaux d'abricot, aux membres inférieurs. Le traitement par les frictions (6 gr. par jour) amena

(1) Fromaget : *Episclérite gommeuse, Ann. d'Oc.*, 1893.

(1) *London Med. Gazette.* 1844 et *Ann. d'Oc.*, 1845.
(2) *Traité des Maladies des Yeux.*
(3) *Giorn. d'oftalm. ital.*, 1863.
(4) Fromaget : *loc. cit.*

la guérison complète de l'œil en trois semaines. Dans le même travail, on trouve, très résumées, une observation de M. Jullien et une de Lallier ; il s'agirait, dans le premier cas, d'une papule syphilitique siégeant sur la face *interne* de la paupière gauche, entre sa partie médiane et le bord libre ; cette saillie présentait un aspect presque végétant. Elle coexistait avec des plaques muqueuses buccales et une roséole. Le second cas affirme la présence d'une papule sur la conjonctive bulbaire d'une syphilitique, sans autre détail. M. Galezowski dit (1) qu'il a vu des malades atteints de papules syphilitiques de la joue et des paupières, chez lesquels on voyait sur la conjonctive sclérotícale de petites élévations papuleuses, d'une teinte rouge jaunâtre, sans aucune trace d'inflammation au pourtour. Il a vu aussi « une phlyctène péricornéenne non ulcérée, qui n'a guéri qu'après traitement antisyphilitique prescrit, tant pour cette pustule que pour des gommes du bras et de la jambe droite ». Lang, dans ses leçons sur la syphilis (2), déclare qu'il a observé des papules conjonctivales de dimensions et de forme variables, coexistant avec des éruptions papuleuses analogues au front, au menton, même dans le méat auditif, et avec d'autres signes de syphilis secondaire.

Enfin Alexander, dans son intéressant travail (*Syphilis und Auge*, Wiesbaden, 1889) rapporte les faits annoncés par Lang, un cas de Sichel fils (3), qualifié de syphilide ulcéro-papuleuse, et qui ressemble tout à fait à une épisclérite gommeuse ulcérée, enfin un cas de Bosma (4) concernant un homme de 65 ans, porteur de papules syphilitiques cutanées et d'une papule nette dans le cul-de-sac conjonctival inférieur.

L'ensemble de ces quelques faits montre bien l'incertitude qui règne dans la plupart des observations. Voici la nôtre ; le malade qui en fait le sujet, a été présenté à la Société française de syphiligraphie, séance du 14 décembre 1893 :

B..., Emile, 34 ans, laveur de machines, entre, le 25 novembre 1893, salle Saint-Louis, n° 37. Bonne santé générale, pas de maladies antérieures du côté des yeux : pas de blennorrhagie.

Chancre induré balano-préputial, à tendance phagédénique, ayant débuté au commencement d'octobre. Le malade s'est borné à le saupoudrer avec du calomel. Plus de huit jours avant son entrée à l'hôpital, il a eu le début d'une éruption papuleuse intense existant encore au front, au cuir chevelu, sur la poitrine. Dès la réception du malade soigné par des frictions mercurielles (4 gr.) et des pansements iodoformés sous lesquels le chancre termine à peine sa cicatrisation, douleurs sourdes dans l'œil *droit* : en deux ou trois jours, la vision s'est assez obscurcie de ce côté pour l'empêcher de reconnaître une personne à un mètre de distance. De plus, les paupières qui n'ont jamais été le siège d'aucune éruption, ont un peu gonflé, et la conjonctive a rougi. Deux ou trois jours après, la conjonctive de l'œil *gauche* a également rougi, mais la vision est restée *normale* de ce côté. J'ai examiné les yeux, le 6 décembre.

Œil droit. — Pupille resserrée et immobile. L'éclairage oblique permet de reconnaître la présence de dépôts pigmentaires et d'exsudats plastiques, résultant d'une iritis, sur la capsule antérieure du cristallin. L'instillation d'atropine provoque une dilatation irrégulière de la pupille. Il y a un cercle périkératique qui corrobore les autres symptômes d'iritis. La vision est très défectueuse. Le cul-de-sac inférieur et la conjonctive bulbaire sont œdématiés, avec coloration rougeâtre plus marquée sur certains points : une éruption conjonctivale a certainement coexisté avec l'iritis. Cette éruption est ici à peu près terminée, mais l'autre œil en est atteint et l'offre à sa période d'état.

Œil gauche. — Pupille mobile, acuité visuelle normale. Les paupières sont un peu moins gonflées que du côté opposé, et le malade ouvre facilement l'œil. Quand on l'engage à regarder fortement en haut et en dedans, on voit une large saillie, bien régulière, d'un centimètre de diamètre, d'une coloration rouge cuivrée bien distincte comme couleur de la vascularisation générale de la conjonctive, située en dehors et en bas, sur la conjonctive bulbaire, au point où elle rejoint le cul-de-sac inférieur. En dedans et en bas, il reste une tache rouge-jaunâtre, sans saillie, reste évident d'une production régressive semblable à la précédente. Le cul-de-sac inférieur est rouge, et notablement infiltré, mais la coloration est assez uniforme. La saillie signalée se laisse un peu déprimer, elle *se meut et se déplace avec la conjonctive.*

Le 13 décembre, à un nouvel examen, la pupille droite s'est largement dilatée par l'usage continu de l'atropine. La teinte de la conjonctive, de ce côté, s'est régularisée : il y a encore une vascularisation un peu exagérée, au niveau du limbe, et dans le cul-de-sac inférieur.

A gauche, il ne reste de l'éruption conjonctivale qu'une petite tache roussâtre, bien que peu vascularisée, sur la conjonctive bulbaire inféro-externe. A part un peu d'œdème du cul-de-sac inférieur, tout le reste a disparu, sans ulcération ni cicatrice.

La semaine suivante, on ne se serait même plus douté de la présence antérieure d'une éruption conjonctivale quelconque.

De ce recueil d'observations, nous pouvons essayer de tirer l'*aspect général* de l'affection considérée surtout au point de vue de son diagnostic.

Survenant indifféremment chez l'homme ou chez la femme, les papules syphilitiques de cette région ont été observées jusqu'ici chez l'adulte, et dans la syphilis *acquise*.

Elles n'apparaissent pas comme accident isolé ; toujours d'autres manifestations secondaires les accompagnent, accidents oculaires (syphilides palpébrales, iritis uni ou bilatérale) ; accidents généraux (éruptions papuleuses, papulo-squameuses, à localisation faciale, même palpébrale, plaques muqueuses, etc. Le cas que nous avons cité plus haut, est assez remarquable en ce que le chancre n'était pas encore cicatrisé qu'il y avait déjà une iritis, et une éruption conjonctivale bilatérale coexistant avec l'éruption frontale. Malgré les dates assez mouvantes de leur apparition, les papules sont néanmoins, aussi bien sur la conjonctive que sur la peau, un accident de la période *secondaire*. On sait cependant que souvent les épisclérites gommeuses peuvent apparaître presque à côté des accidents secondaires, et il n'est pas impossible que les papules puissent coexister avec elles. Quant aux papules soi-disant survenues après plusieurs années, et ne coexistant pas avec d'autres phénomènes du même ordre, nous croyons que leur existence est douteuse et que, si certaines manifestations conjonctivales simulent les papules, elles rentrent probablement plutôt dans les épisclérites gommeuses. Le vrai tableau clinique de l'affection semble celui fourni par l'observation de M. Fournier (th. Savy), par l'éruption multiple observée par M. Galezowski, par celle que nous venons de rapporter.

Elles sont uni ou bilatérales, de nombre très variable, pouvant survenir très intenses sur l'œil même où l'iritis n'existe pas, quand elle n'existe que d'un côté. Elles peuvent atteindre la forme boutonneuse ; elles mamelonnent la conjonctive bulbaire, sans toutefois enchâsser la cornée qui ne présente aucune complication ; elles se développent aussi sur le cul de sac qu'elles congestionnent, et même sur la conjonctive palpébrale où elles doivent souvent passer inaperçues. Leur caractère le plus important est d'être absolument *mobiles* avec la conjonctive dont elles font partie. Elles ne provoquent qu'un peu de larmoiement, une gêne légère ; du côté non iritique, mais très papuleux, notre malade supportait vaillamment la lumière.

Leur nombre est variable ; elles se multiplient, et disparaissent en très peu de jours. Quant à l'ulcération, elle

(1) *Traité des Maladies des Yeux.*

(2) *Vorlesungen über Syphilis.*

(3) *Centralbl. f. Augenh.*, 1880.

(4) *Gazz. med. ital. Prov.-venete*, anno 26.

n'appartiendrait qu'aux plaques muqueuses, à certaines syphilides ulcéreuses encore très mal classées, et surtout aux vraies gommes épisclérales. Mais il y a entre ces derniers cas et l'éruption dont nous parlons, la différence d'une éruption fugace et d'un processus destructif.

Tout comme la grande majorité des accidents de syphilis oculaires, elles doivent être considérées comme un élément du *pronostic* des syphilis *graves*.

Le *diagnostic* sera généralement assez facile.

On pourrait confondre les papules avec des lésions *non syphilitiques* des membranes externes de l'œil; mais, presque toujours, on sera mis sur la voie par les antécédents et les concomitants (iritis, papules faciales). Cette éruption conjonctivale indolore ressemble vraiment peu aux autres lésions analogues non spécifiques, et son allure éveillera l'attention, soit que le diagnostic de syphilis ne se pose qu'à l'occasion de la manifestation oculaire, soit qu'il soit posé depuis longtemps. Quoi qu'il en soit, on ne confondra pas chez les non-syphilitiques aussi bien que chez des syphilitiques, qui peuvent parfaitement avoir une affection conjonctivale intercurrente non spécifique, avec la rougeur caractéristique de l'iritis, avec la conjonctivite sérovasculaire de la blennorrhagie, coïncidant presque toujours avec le rhumatisme : quand la vascularisation est plus localisée, les phlyctènes ou plutôt les éruptions impétigineuses de la conjonctive se caractériseront par la photophobie intense et les complications cornéennes si fréquentes. On se méfiera des éruptions conjonctivales dues au zona, à l'érythème noueux et papuleux, qui sont encore à revoir (Th. de Savy); enfin, avec l'hydroa de la conjonctive, assez connu maintenant, que nous avons revu récemment à l'hôpital Saint-Louis, bien reconnaissable à ses vésicules bulleuses conjonctivales, en relation avec les bulles des autres muqueuses. Enfin, l'épisclérite non syphilitique, soit dans sa forme bien localisée, soit dans sa forme boutonneuse, sera avant tout distinguée par l'*immobilité* absolue de la saillie qui tient à la sclérotique.

Quant aux lésions particulières survenant *chez les syphilitiques*, on ne confondra pas les papules avec ce catarrhe intense décrit par Mauthner et par d'autres et considéré comme un accident général de la vérole, pas plus qu'avec la conjonctivite syphilitique décrite par Goldzieher (1), simulant le trachome et sur laquelle il faut encore revenir. L'épisclérite gommeuse est le plus souvent constituée par un unique bouton, très volumineux (2), *parfaitement adhérent à la sclérotique;* elle s'ulcère parfois, et certaines syphilides dites ulcéro-papuleuses doivent ne pas être autre chose. Quant aux plaques muqueuses de la conjonctive, si mal connues, les papules peuvent-elles, en s'érodant, donner lieu à des formations semblables? Il nous manque sous ce rapport des documents nouveaux.

Le traitement général a facilement raison de l'éruption papuleuse conjonctivale : les injections sous-conjonctivales de sublimé ne feraient qu'ajouter la douleur à la symptomatologie de l'affection, sans aucun bénéfice.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE ET AUTRICHE-HONGRIE

Anémie infantile pseudoleucémique.

La maladie de Von Jakchs et Luzet est encore assez mal connue pour que toutes les observations qu'on en donne méritent de fixer l'attention.

Fischl en a présenté à la Société médicale de Prague un cas tout spécialement remarquable.

Un enfant de quinze mois, d'apparence rachitique, fut amené au Dr Fischl. Chez le petit malade, il était facile de retrouver l'hypertrophie des ganglions et glandes sanguines; la rate, énorme, descendait dans le petit bassin et se prolongeait transversalement sur le côté droit de l'abdomen.

Le foie, relativement moins hypertrophié, débordait les fausses côtes. Des paquets ganglionnaires très volumineux déformaient les régions inguinales, axillaires et sous-hyoïdiennes. Les plaques de Peyer et la muqueuse intestinale devaient être atteintes à en juger par les douleurs et la diarrhée qui épuisaient l'enfant.

L'enfant fut nourri au sein jusqu'au 10e mois; son état général excellent périclita dès que le mode d'alimentation fut changé. Les signes d'un rachitisme récent peuvent être relevés et l'enfant, examiné peu après, présentait déjà une hypertrophie hépatique avec splénomégalie et de l'adénie inguinale. Les globules blancs étaient dès cette époque en nombre notoirement plus considérable que chez un enfant normal. Quelques mois plus tard, l'hypertrophie ganglionnaire s'étant accrue et ayant envahi toutes les chaînes périvasculaires l'examen du sang fut fait avec soin et donna les résultats suivants : globules rouges, 2,300,000; leucocytes, 250,000.

La leucocytose est donc très prononcée. Les leucocytes monochromatiques à gros noyaux et les érythrocytes sont en majorité. Les érythrocytes présentent pour la plupart des phénomènes karyokynétiques.

Ce n'est pas là, à vrai dire, un exemple parfait de pseudoleucémie. C'est bien plutôt une forme de passage, un type mixte, et ce fait plaide en faveur de la multiplicité des formes de la maladie de Von Jakchs et Luzet. A la leucémie vraie, appartiennent et l'hypertrophie du foie et la marche rapide de l'adénie ganglionnaire généralisée. D'autre part, l'exagération de la splénomégalie, le nombre considérable des érythrocytes, la pénurie des globules cosmophites, voilà bien des caractères qui font rentrer cette observation dans le cadre des pseudoleucémies.

Il conviendrait peut-être de faire une place à part aux anémies infantiles pseudoleucémiques secondaires aux infections, et aux maladies générales.

M. Epstein a, en effet, remarqué que les suppurations, les poussées septicémiques laissent chez les enfants un état général défectueux, qui se traduit plus ou moins longtemps après par l'anémie pseudoleucémique. Tantôt l'affection primitive est une tuberculose locale, tantôt ce sont des manifestations syphilitiques qui ouvrent la scène, tantôt l'athrepsie et le rachitisme. On peut même observer l'influence anémiante de la malaria.

Les liquides organiques en thérapeutique.

La discussion de la Société de médecine interne de Berlin, sur la valeur thérapeutique des liquides organiques, permet de connaître les résultats obtenus par ces expérimentateurs, que Brown-Séquard appelait les antipathiques. Pour M. Furbringer, la méthode agit surtout par suggestion. Aucun bon résultat n'a été obtenu, dans sa pratique, par l'injection du suc testiculaire. D'ailleurs, les cas favorables, ceux qui ont obtenu un bienfait du traitement, sont rares, ils ne prouvent pas la vertu antitoxique de la médication. Pohl regarde la spermine comme un principe des éléments vitaux, principe répandu dans tout l'organisme. Dès lors, l'introduction de spermine dans l'organisme serait indiquée quand les éléments en contiendront une quantité inférieure à la normale. Ce serait dans les affections où l'oxydation se fait mal que la spermine trouverait son indication.

Fürbringer fait le procès du suc testiculaire d'une façon sévère, mais, en revanche, il reconnaît la supériorité du traitement par l'extrait thyroïdien dans le myxœdème. Les travaux de Kocher, de Murray ont bien démontré qu'expérimentalement la transplantation thyroïdienne était d'un merveilleux effet, et que l'introduction

(1) *Centralbl. f. Augenh.*, 1888.
(2) Panas : *Union méd.*, 1870.

par la voie hypodermique ou digestive de l'extrait thyroïdien suspendait et faisait disparaître le myxœdème. Encore tous les expérimentateurs ont-ils pu noter que l'état général et l'état intellectuel du myœdémateux profitaient d'une façon remarquable de l'introduction de l'extrait thyroïdien.

Le suc pancréatique, employé contre le diabète, n'a pas donné de brillants résultats.

La vitaline, substance composée de plusieurs extraits, est souvent employée en Russie ; la statistique des cas traités par cette méthode est toujours sombre. Les praticiens américains et Onimus, à Monaco, ont vanté la cardine, obtenue par la macération de cœur de veau pendant huit mois ; les résultats obtenus seraient très remarquables.

Brown-Séquard et Dieulafoy ont expérimenté la néphrine dans les affections rénales et en proclament les bons effets.

En résumé, conclut Fürbringer, sauf l'extrait thyroïdien et peut-être la spermine de Pœhl, les extraits organiques ne doivent pas encore être mis en usage en dehors du laboratoire. Le rôle du clinicien, dans le jugement à porter sur leur effet, consiste à dégager ce qui revient au médicament de ce que produit la suggestion.

C'est bien un peu l'avis de M. Goldscheider. La théorie de Brown-Séquard repose sur un principe scientifique. Mais ce n'est qu'une ébauche et nos connaissances se multiplient sur les effets physiologiques de certains agents glandulaires. Les expériences faites en Russie par Eck sont venues confirmer l'idée, émise par plusieurs physiologistes, que plusieurs de nos organes étaient doués de propriétés toxiques.

Les essais thérapeutiques de M. Goldscheider ne lui ont guère valu de succès. Il a appliqué le traitement thyroïdien, par injection sous-cutanée et par la voie digestive à un myxœdémateux sans l'améliorer en rien.

Les mêmes résultats négatifs ont été fournis dans le traitement d'un goitre exophtalmique.

Le suc pancréatique a été injecté à des diabétiques, les extraits de moelle osseuse donnés dans un cas d'anémie pernicieuse, et toujours sans amélioration. Il semble bien, dit M. Goldscheider, que les extraits de liquides organiques contiennent les produits les plus divers, et que parmi ceux-ci il doit y avoir des incompatibilités; qu'il doit se former aussi des corps dangereux pour l'organisme.

On agit donc le plus souvent au hasard, en adoptant ces médications. Cependant, les leucocytes subissent, d'une façon marquée, l'effet de substances extraites des liquides organiques. C'est ainsi que l'extrait de rate a une action élective pour les globules blancs. Or, si on veut favoriser la phagocytose, il pourra devenir utile d'employer ces liquides spéciaux. M. G. Sée crut obtenir, avec la nucléine, une réaction analogue à celle que donne la tuberculine. Elle est, de fait, beaucoup moins intense.

La nucléine a une réaction peu sensible, qui demande pour se manifester des lésions assez prononcées.

L'auteur conclut en disant que lorsque la physiologie aura déterminé et essayé les produits essentiels de chaque extrait, mais alors seulement, les liquides organiques pourront aider la thérapeutique.

ANGLETERRE

Laparotomie pour un ulcère de l'estomac. — Suture. — Guérison.

Les membres de la Société royale de Médecine et de Chirurgie de Londres ont présenté leurs statistiques d'opérations pour lésions stomacales. Ce fut à propos d'une observation présentée par M. Morse, de Norwich, entendu sur la demande de M. Barwell.

Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans qui, depuis quelque temps déjà, présentait les signes non équivoques d'un ulcère gastrique ; quand, brusquement, une douleur aiguë, accompagnée de vomissements, terrassa la malade. Cinq heures après, M. Morse faisait la laparotomie. L'estomac fut trouvé perforé à sa face antérieure, près du cardia, et les aliments avaient passé, en grande partie, dans la cavité péritonéale.

Le séreuse lavée à l'eau bouillie avec grand soin, M. Morse fit à l'estomac une série de sutures de Lembert. L'alimentation fut uniquement intestinale pendant trois jours. Les suites furent simples, et la guérison complète était effectuée au bout de vingt jours.

M. Barwell a réuni 35 cas d'interventions analogues. Une des observations mérite d'être citée. Elle appartient à Kriege (de Berlin). La paroi abdominale ayant été incisée de l'ombilic à la pointe xyphoïdienne, le chirurgien mit à nu l'estomac sans rencontrer de perforation. Pour pouvoir effectuer la bascule de l'estomac, il sectionna le muscle droit antérieur du côté droit et le péritoine de l'arrière-cavité. La face postérieure fut trouvée saine ainsi que la région pylorique.

Le muscle droit du côté gauche fut alors tranché et Kriege trouva tout en haut, près du cardia et de la petite courbure, aux limites de la face antérieure, une petite perforation. Les jours qui suivirent l'intervention, il se produisit un abcès sous-phrénique, puis un empyème diaphragmatique.

Il convient, fait remarquer Barwell, d'attendre le moins longtemps possible avant d'opérer. L'incision à recommander portera un peu à gauche de la ligne médiane, à cause de la fréquence des ulcérations de la région postérieure du cardia.

Mais, comme il peut être difficile de trouver une ulcération de petites dimensions, on est autorisé à faire absorber au malade, par la voie buccale, du café ou une solution aqueuse de matières colorantes à base anilinée. Quant à l'avivement des bords de l'ulcère, recommandé par M. Haward, il semble inutile d'après Barwell. Le lavage de l'estomac est aussi très recommandable.

M. Haward fait remarquer que les ulcères siégeant sur la face postérieure de l'estomac ont peu de tendance à s'ouvrir dans la poitrine : il se fait dans ce cas des adhérences protectrices. Il en est tout autrement dans les ulcères antérieurs.

L'intervention doit être hâtive : tous les chirurgiens s'accordent sur ce point, parce que les complications pleuro-pulmonaires graves sont à redouter. L'infection se propage en effet rapidement, du péritoine à la plèvre, par les lymphatiques trans-diaphragmatiques.

Le lavage stomacal n'est pas très utile; en cela, M. Haward se sépare de son collègue, M. Barwell; mais il est d'accord avec lui sur la nécessité de faire un lavage du péritoine avec l'eau bouillie et chaude qui, outre ses qualités de liquide aseptique, agit par sa température en empêchant le shock.

M. Page a eu trois fois à traiter chirurgicalement des ulcères ronds gastriques. Deux seulement furent opérés et succombèrent à la péritonite généralisée, ayant été soignés trop tard. Le troisième ne fut pas opéré.

M. Maclaren (de Carlisle) eut un succès sur trois opérations. Cependant, dans un des cas suivis de mort, il avait pu intervenir quatre heures après la rupture; le malade mourut le troisième jour et l'autopsie permit de retrouver une péritonite généralisée et au fond des cavités pelviennes des matières alimentaires qui témoignaient de l'insuffisance de la toilette du péritoine.

C'est d'ailleurs au défaut de lavage du péritoine que M. Morse attribue le plus grand nombre des insuccès ; il est juste d'ajouter que plus on opère tôt, plus ce lavage est facile.

Hémorrhagie de l'artère méningée moyenne. — Guérison par la trépanation.

La *Lancet* publie une observation de MM. Relton et Haslam, suivie de quelques considérations que nous analyserons. Un jeune homme de seize ans reçut au niveau de l'oreille droite une balle de cricket. Ce ne fut qu'une heure après l'accident que se produisit le coma. La respiration devint stertoreuse et la température

s'abaissa. Trois jours plus tard, la moitié gauche du corps fut envahie graduellement par une hémiplégie, qui débuta par le membre inférieur et gagna le membre supérieur, puis la face.

La trépanation décidée, on appliqua successivement trois couronnes de trépan, ce qui permit d'enlever une petite quantité de sang coagulé. La troisième rondelle osseuse fut trouvée fracturée. Les troubles moteurs disparurent lentement et le malade fut complètement guéri trois semaines plus tard. L'observation de MM. Relton et Haslam est intéressante et les auteurs jugent eux-mêmes le cas avec beaucoup de soin.

Le diagnostic d'hémorrhagie s'établissait de lui-même, si l'on remarque que les signes de la compression cérébrale se sont établis graduellement. Le vaisseau blessé devait être de petite dimension.

Le foyer hémorrhagique ne se trouvait pas au niveau de la zône motrice, puisque ce n'est que le troisième jour qu'est apparue l'hémiplégie.

Dès lors, à quoi attribuer la paralysie ? Elle pouvait s'expliquer par une compression graduellement extensive de l'écorce ou par une pression sur la région postérieure de la capsule interne. Or, à l'opération, on trouva le caillot en arrière de la zône motrice.

L'opération fut décidée dans le but de trouver le foyer hémorrhagique et de faire cesser la compression cérébrale en arrêtant l'hémorrhagie ou, si c'était impossible, en donnant libre cours au sang et en enlevant les caillots.

Il se produisit dans la suite deux petites hémorrhagies sans conséquences funestes, le sang ayant un libre cours au dehors.

Puis, le cerveau revenant comprimer la dure-mère sur la surface osseuse, l'hémorrhagie ne se reproduisit plus.

Les auteurs terminent leur communication par ces mots : La guérison complète, obtenue à la suite de l'intervention, justifie complètement notre acte chirurgical.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 avril. — Présidence de M. Jules Rochard.

Election d'un associé national.

M. Bouchacourt (de Lyon) est élu.

Conditions hygiéniques de la ville de Valenciennes. Leurs rapports avec la fièvre typhoïde.

M. Manouvrier (de Valenciennes) lit un travail sur ce sujet, d'où il résulte que la mortalité par fièvre typhoïde est tombée de 9 à 3.2 pour 10,000 habitants depuis l'établissement des égouts à Valenciennes.

M. Brouardel fait remarquer qu'avant l'installation des égouts et l'amélioration de l'eau potable, la mortalité était de 12 pour 10,000 et tomba à 9 quand une partie de la ville put s'approvisionner d'eau pure, puis à 3 quand l'amélioration s'étendit à toute la ville ; et cela grâce aux efforts de M. Manouvrier.

M. Mouchet (de Sens) lit un travail intitulé : *Double arthrotomie du genou chez une hystérique pour extraire neuf aiguilles introduites volontairement.*

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 avril.

Rôle du foie dans la formation de l'urée.

M. Kaufmann. — L'examen comparatif de l'urée dans les artères et dans les veines ne permet pas d'affirmer que l'urée se forme dans tous les tissus. En employant les procédés de Gréhant et de Schrœder il a pu constater que le foie contenait plus d'urée que les autres tissus.

Il tire de ses recherches les conclusions suivantes :

1° Le sang contient moins d'urée que les tissus ;

2° Tous les tissus produisent de l'urée ;

3° Le foie en produit deux fois plus que les autres tissus.

Pathogénie de la grippe.

M. Charrin. — M. Jarron a trouvé, dans treize cas de grippe sur le vivant, un microbe qui se cultive aisément et qui tue le lapin. Ce microbe se rapproche beaucoup des bactéries décrites par Pfeifer, Canon, Teissier, Roux.

Malheureusement, les symptômes provoqués peuvent être déterminés par bien des espèces. On ne peut donc affirmer encore la spécificité de ce microbe tout en la croyant probable.

M. Pilliet a constaté l'action antiseptique de l'essence de girofle. D'autre part la fluoresceïne et le bleu de méthylène n'ont aucun pouvoir antiseptique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 19 avril.

Des névroses réflexes de la muqueuse nasale et particulièrement de l'asthme.

M. A. Courtade. — La muqueuse pituitaire, en dehors de sa fonction olfactive qui lui est spéciale, joue encore un rôle important dans la respiration en humectant et chauffant l'air destiné à pénétrer dans les voies respiratoires ; de plus, elle est un organe de défense contre les microbes qui pénètrent dans les voies aériennes supérieures avec l'air inspiré, ainsi que l'ont prouvé les expériences de Wurtz et Lermoyez.

Sa structure et sa richesse en filets nerveux expliquent la rapidité de sa turgescence et la fréquence de ses altérations. Les troubles fonctionnels directs que ces lésions déterminent, sans être négligeables, ne sont pas toujours les plus importants ; souvent, en effet, les symptômes réflexes qui résultent de son altération occupent le premier plan dans la symptomatologie des affections du nez.

La notion des névroses réflexes, encore méconnues par beaucoup de médecins, a été surtout mise en lumière par Hack, Herzog et acceptée par la majorité des rhinologistes malgré l'opposition de Frœnkel et de Gottstein. Basée tout d'abord sur l'étude clinique, l'étude des névroses réflexes a été confirmée par les expériences de François Frank qui a pu déterminer les mêmes symptômes que ceux présentés par les malades.

Je n'ai point l'intention de faire une étude complète de tous ces réflexes secondaires dans cette courte note, mais seulement d'attirer l'attention sur un symptôme fréquent : l'asthme d'origine nasale.

Je me bornerai à signaler les symptômes réflexes qui ont été observés. Parmi les réflexes les moins indéniables, il faut citer les quintes de toux, les accès d'éternuement, la rhinorrhée, le spasme de la glotte, l'asthme, la céphalalgie.

La migraine classique, les névralgies du trijumeau ressortant de cette lésion ne sont pas rares.

Comme symptômes rares il faut citer certains cas d'amblyopies passagères, de mouches volantes, de douleurs musculaires, de palpitations, de goitre exophtalmique, etc. La pathogénie de plusieurs de ces manifestations peut être discutable ; cependant, leur cessation rapide après la guérison de l'affection du nez permet de lever tous les doutes sur la cause efficiente.

En présence de pareils symptômes, si le malade n'attire pas l'attention du côté du nez, ou néglige presque toujours d'examiner complètement cet organe.

Certains symptômes permettent cependant d'éveiller l'attention et invitent à examiner les fosses nasales ; ce sont, d'après Hack : l'obstruction passagère ou durable de l'une ou des deux fosses nasales, un écoulement séreux anormal et les éternuements spasmodiques.

J'attirerai l'attention sur ce fait que l'examen ne doit pas porter seulement sur la partie antérieure des fosses nasales qui peut être saine ou peu malade, alors que la rhinoscopie postérieure nous permet de découvrir des hypertrophies de l'extrémité profonde des cornets ou des polypes muqueux qui auraient passé complètement inaperçus sans ce dernier mode d'examen.

La rhinoscopie postérieure permet encore de s'assurer de l'état du plafond pharyngien, si fréquemment atteint d'hypertrophies adénoïdes ou d'angine de Tornwaldt.

L'asthme d'origine nasale est loin d'être rare ; Schech a trouvé des lésions des fosses nasales dans 64 0/0 des cas d'asthme.

Sans doute, pour que le spasme bronchique réflexe se produise certaines conditions sont nécessaires, comme l'hérédité, l'arthritisme, l'état névropatique ; sans cela on ne s'expliquerait pas pourquoi l'asthme ne serait pas un symptôme constant de lésion nasale.

Il est des cas cependant où ces états constitutionnels manquent et où la dyspnée paroxystique se réalise ; on peut les expliquer par l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang sous l'influence d'une respiration insuffisante.

Quoi qu'il en soit, l'influence des lésions nasales sur la production de l'asthme est indéniable dans bien des cas.

Voici trois observations qui viennent à l'appui :

Obs. I. — Mme X..., 68 ans, vient me consulter, en décembre 1886 pour des troubles auriculaires sur lesquels je n'insisterai pas.

Depuis un an, elle est prise de temps en temps d'accès d'oppression nocturne qui sont continus depuis un mois ; elle a été traitée, d'ailleurs sans le moindre succès, pour des accès d'asthme essentiel.

Dans la fosse nasale droite on constate l'existence de gros polypes muqueux s'insérant sur le cornet et le méat moyens ; à gauche, il existe encore plusieurs polypes, mais très profondément situés.

Après l'opération, les accès disparaissent complètement et la malade peut dormir toute la nuit sans la moindre gêne.

Obs. II. — M. X..., 25 ans, est atteint depuis 3 ans de blennorrhée nasale ; de temps en temps un liquide limpide s'écoule goutte à goutte des narines.

Vient me consulter en août 1887 pour cette affection ; il accuse aussi des accès de suffocation qui apparaissent 1 ou 2 fois par semaine et parfois même tous les jours 1 ou 2 fois par jour.

A l'examen des fosses nasales, outre une déviation de la cloison à droite, on constate que les cavités sont littéralement bourrées de polypes muqueux.

Une première opération fait cesser les accès d'oppression pendant quelques jours, mais le 1er septembre il a en trois accès dans la même journée.

A mesure que les fosses nasales sont désobstruées par l'ablation des polypes, les accès diminuent de fréquence et d'intensité et finissent par disparaître dès que les cavités nasales sont rendues perméables à l'air.

Obs. III. — M. X..., 54 ans, atteint de catarrhe bronchique et eczémateux depuis une quinzaine d'années, vient me consulter pour une diminution progressive de l'ouïe ; il est atteint d'asthme dont les accès sont assez fréquents.

Je passe sous silence les lésions pharyngiennes et optiques, qui n'ont ici aucun intérêt pour dire que la fosse nasale droite est obstruée par des polypes muqueux.

Comme c'est précisément à droite que la surdité est plus prononcée, je procède à l'ablation des tumeurs.

Longtemps après le malade m'apprend, sans que je le questionne sur ce sujet, car je ne pensais pas à son asthme, que depuis l'opération il n'avait plus eu d'accès de dyspnée.

Les statistiques des auteurs vont nous révéler dans quelles proportions l'asthme a disparu après l'opération.

Dans 25 cas d'asthme nasal, Schech a obtenu 11 guérisons, 5 améliorations, 3 résultats nuls et 6 cas où le résultat est inconnu. Sur 143 cas, Lublinski a eu 27 guérisons, 13 améliorations et 103 insuccès ; Chiari, sur 46 cas, a obtenu 8 guérisons, 20 améliorations et 18 insuccès.

Ces chiffres démontrent que dans un grand nombre de cas l'asthme était dû ou était augmenté par la lésion nasale, et que la guérison de celle-ci modifiait très avantageusement le spasme bronchique ; chez d'autres sujets, au contraire, la dyspnée paroxystique présentait la même marche que chez ceux indemnes de toute affection de la pituitaire.

Il y a donc un intérêt capital à examiner les fosses nasales dans les cas où certaines névroses, que nous avons signalées au début, paraissent obscures dans leur pathogénie ; cette explication est non seulement utile au diagnostic, mais indispensable pour instituer un traitement judicieux et efficace.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 avril. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Anévrysme artériel poplité. — Ligature de l'artère fémorale et secondairement extirpation du sac.

M. Chaput. — Je viens rapporter à la Société l'observation du malade que j'ai présenté dans la dernière séance. C'est un homme de 40 ans, garçon marchand de vins. A la suite d'une chute, il s'aperçut de l'existence au niveau du creux poplité d'une tumeur animée de battements et par moments douloureuse. Lorsqu'il se présenta à nous, la tuméfaction était volumineuse, s'étendant surtout en haut, ne dépassant pas en bas les plis de flexion. L'auscultation y faisait percevoir un bruit de souffle, mais pas de thrill. La peau était normale ; le membre nullement œdématié ne présentait aucun trouble trophique. Je fis chez ce malade la ligature de la fémorale à l'anneau de Hunter. Les battements cessèrent, puis la tumeur devint ligneuse. Seules, les douleurs persistèrent. Je dus pour ce fait intervenir une seconde fois. Je mis le sac à nu et trouvai les nerfs sciatiques poplités accolés au sac, tiraillés, distendus. La veine poplitée était elle-même oblitérée en partie. J'en reséquai cinq centimètres entre deux pinces. Je fis la dissection du sac et l'extirpai. La guérison fut lente à s'établir et, même actuellement, notre homme qui a repris son fatigant métier souffre encore du mollet, surtout le soir. Je serais fort disposé, pour ma part, à attribuer ces douleurs à l'existence de varices, résultat de la ligature de la veine poplitée.

Cette observation vient s'ajouter à celles que mon collègue, M. Pierre Delbet, a citées dans son mémoire. La ligature dans ces cas est donc une opération insuffisante. Elle peut cependant être une opération préparatoire. Je n'ai, en effet, dans mon opération nullement rencontré d'obstacles du fait des collatérales de la poplitée. Le sac était tapissé d'une mince couche de caillots fibrineux. Son contenu était formé d'une boue noirâtre comme de la sépia. Comme le sac ne communiquait plus avec la circulation générale, ces caillots avaient peu de tendance à fournir la fibrine nécessaire à la stratification et à la guérison complète.

Prolapsus utérin et métrite.

M. Bazy. — Je suis heureux de pouvoir corroborer les affirmations de mon collègue M. Bouilly, au sujet du traitement du prolapsus associé à la métrite. J'ai à deux reprises appliqué le traitement complet et j'ai dû reconnaître que les douleurs réapparaissaient lorsque la métrite se reproduisait. La métrite ne tient pas à une occlusion vulvaire plus ou moins suffisante. Le germe dans la récidive vient du dehors et est apporté comme lors de la première apparition.

Traitement des hernies gangrenées.

M. Segond. — Dans l'une des dernières séances, M. Chaput est venu préconiser la résection intestinale avec entérorraphie, comme étant le traitement à appliquer à tous les cas de hernie gangrenée

née. Je suis loin de partager son opinion. J'ai fait pour ma part trois fois la résection intestinale avec entérorraphie. Dans les 3 cas, le résultat a été analogue. Malgré les soins apportés à l'opération, mes trois malades sont morts. Tous ont eu des garderobes. Chez aucun d'eux, on n'a pu relever de perforation, ni de péritonite. Leur mort était le résultat d'un étranglement prolongé, de l'épuisement, du collapsus. Dans les hernies gangrenées, où l'état général est forcément très grave, la prudence exige que nous réduisions au minimum le coefficient traumatique de l'opération. L'entérorraphie nécessite souvent une heure, quelquefois plus, et de ce fait seul devient une opération très grave. Aussi, dans ma pratique, je me suis arrêté au vieux principe : faire un anus contre nature et, plus tard, lorsque le malade sera en bon état, faire en excellentes conditions l'entérorraphie secondaire.

J'ai agi ainsi dans 8 cas. 4 de mes malades ont succombé presque immédiatement. 3 ont survécu plusieurs semaines, puis ils ont été emportés par des complications pulmonaires. Le huitième est en traitement actuellement. Son anus contre nature ne date que de 8 jours.

M. Terrier. — L'entérorraphie représente bien l'opération idéale pour la hernie gangrenée, mais la durée de l'opération est beaucoup trop longue. Je vous ai présenté dernièrement un appareil inventé par M. Murphy, de Chicago. C'est un bouton permettant d'anastomoser les deux bouts intestinaux. M. Murphy, qui, d'ailleurs, assiste à la séance, a eu par cette méthode 7 cas de succès sur 8. Je serais très partisan de l'essayer, car l'opération ainsi ne dure que 15 minutes.

M. Lucas-Championnière. — Je suis de l'avis de M. Segond à une réserve près. On ne peut, en effet, adopter comme traitement habituel l'entérorraphie, mais en face des résultats de M. Murphy, nous sommes en droit d'espérer de beaux résultats par sa méthode qui a l'avantage d'amener un traitement définitif et d'être très brève.

M. Chaput. — Les trois résections avec entérorraphie de M. Segond ne sont pas concluantes. Ses malades seraient morts quelle que fût l'intervention à eux appliquée. D'ailleurs, la résection avec entérorraphie, dans bien des cas, ne dure pas plus de 30 minutes. Je crois aussi que le remplacement du chloroforme par la cocaïne ou l'éther diminue notablement le choc.

Les anus contre nature donnent 80 0/0 de mort, dont 30 0/0 sont attribuables aux complications de l'opération : fistule stercorale, phlegmon, péritonite. D'autre part, l'opération complémentaire n'est pas sans gravité. Avec l'entérorraphie on n'a ni les complications, ni l'opération secondaire à redouter. Elle devient un excellent moyen thérapeutique si l'on se tient aux règles suivantes : faire la résection aussi étendue que possible; ne pas rétrécir le calibre de l'intestin; laisser l'intestin au dehors après l'avoir suturé; faire l'anesthésie à l'éther ou à la cocaïne.

M. Segond. — L'anesthésie par le chloroforme n'est qu'un faible appoint dans le choc, l'opération est presque tout et j'estime, contrairement à M. Chaput, que mes trois malades ne seraient pas morts si j'avais établi l'anus contre nature. Chez ceux-ci, je m'étais départi de ma conduite habituelle, parce que leur état général me paraissait moins grave. Or, même dans les cas où les malades étaient très exténués, l'anus contre nature n'a jamais été mortel en tant qu'opération.

Fistule trachéale. — Autoplastie.

M. Kirmisson. — Un jeune homme de 19 ans me fut adressé dernièrement pour être traité d'une fistule trachéale. Il portait depuis 5 ans une canule dont je n'ai jamais pu deviner l'utilité. Je l'enlevai sans aucun accident, et, comme je pus constater qu'il respirait bien, la fistule étant fermée, je lui fis une autoplastie, par le procédé de M. Berger. Je disséquai tout autour de la fistule un lambeau en collerette. J'en affrontai les bords cruentés, après avoir eu soin de détacher des bords de la fistule la peau qui y était adhérente. La respiration fut un peu difficile pendant les premières heures. Le lendemain, le malade eut une crise d'angoisse. On enleva les points de suture, et la canule fut remise en place. Je la lui retirai 2 jours plus tard et laissai se cicatriser la plaie. La réunion secondaire se fit très bien. Je dois noter cependant que, dans un effort de toux, il se produisit un petit orifice qui nécessita une opération complémentaire. L'intérêt de cette communication réside dans le fait déjà signalé par MM. Le Fort et Desprès, que la guérison de la fistule se produit facilement lorsqu'on a libéré les adhérences de la peau à l'orifice.

Varice anévrysmoïdale de la saphène interne.

M. Segond. — Je reçus dans mon service un malade qui me dit avoir été opéré dernièrement d'une hernie étranglée. Il présentait au niveau du triangle de Scarpa une tumeur arrondie, fluctuante, se continuant en haut par un mince pédicule. Je pensai à un kyste présacculaire.

Je l'opérai et trouvai que cette tumeur était constituée par une dilatation anévrysmale énorme de la veine saphène interne. Le malade ne présentait de varices en aucun point du membre inférieur. J'aurais pu cependant avoir une idée plus juste du diagnostic, car le malade racontait que la tumeur disparaissait d'elle-même, lorsqu'il était couché. Ce cas est à rapprocher de celui de M. Desprès où on pratiqua malencontreusement le taxis. Il se détacha un caillot et le malade fut foudroyé par l'embolie.

R. Marmasse.

LES LIVRES

Chez Masson.

Traité des maladies des yeux, par Ph. Panas, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, membre honoraire et ancien président de la Société de chirurgie. 2 volumes grand in-8° avec 453 figures et 7 planches coloriées. Cartonnés, 40 francs.

Pour la première fois, je me prends à regretter presque d'avoir été l'interne du professeur Panas ; je sens bien, en effet, que l'élève est embarrassé, devenu critique, pour dire tout le bien qu'il pense du bel ouvrage que vient de publier le maître.

Le *Traité des maladies des yeux* est divisé en deux volumes — deux volumes élégants, édités avec beaucoup de goût. — Dans le premier, le professeur Panas a décrit les maladies du globe oculaire; dans le second, les maladies de l'orbite et des annexes de l'œil. Dans celui-là, vous trouverez la pathologie de la cornée, du tractus uvéal, de la sclérotique, du corps vitré, du cristallin et de la rétine; dans celui-ci, la pathologie des muscles orbitaires, de la conjonctive et des paupières, de l'appareil lacrymal, de la cavité orbitaire et des sinus de la face.

Le premier volume commence par une étude anatomique du globe de l'œil; cette étude est relativement assez courte; l'auteur a tenu à la dégager de tous les détails inutiles; tout en montrant que les plus récents travaux lui sont familiers, il n'a pas jugé à propos d'embarrasser son texte de fastidieuses citations et d'un interminable historique.

La description de l'angle iridien, que Duvignaud a étudié dans le laboratoire du professeur Panas, celle de la rétine et du nerf optique, enfin et surtout l'étude de la nutrition du globe oculaire, de la sensibilité rétinienne et de l'optique physiologique m'ont particulièrement frappé. Et ce chapitre d'anatomo-physiologie difficile est si clairement écrit, si méthodiquement conçu, tout cela est si simple enfin et si limpide, que la lecture de tous ces détails délicats donne pourtant l'impression de choses connues depuis longtemps. Telles se révèlent à ceux qui les étudient les œuvres longtemps réfléchies et lentement mûries.

Après les maladies de la cornée et de l'iris, sur lesquelles le professeur Panas a écrit deux très bons chapitres tout à fait au cou-

rant, où il montre le rôle prédominant de l'infection, vient la longue et importante étude du glaucôme et de la cataracte qui comprend peut-être les pages les plus originales et les plus heureuses de tout ce beau premier volume.

Le tome II est réservé à la description des maladies de l'appareil annexiel. Ici encore, l'anatomie précède la pathologie. Successivement, l'auteur montre la disposition et le fonctionnement de l'appareil moteur du globe oculaire, des paupières et de la conjonctive, de la glande lacrymale et des voies d'excrétion des larmes; puis vient l'étude de l'orbite et des sinus de la face. Au milieu de tout cela, je signale tout particulièrement la description de l'organe glandulaire conjonctivo-palpébral, organe qu'un élève du professeur Panas, le Dr Terson, a déjà étudié, l'an passé, avec son maître. Soixante pages environ sont réservées au strabisme; l'auteur, chez lequel perce toujours un faible pour ce qui, dans l'ophtalmologie, touche à la chirurgie générale, s'attarde — et l'aubaine est bonne pour le lecteur — à la description du strabisme paralytique; il revient sur l'importance que peuvent prendre certaines paralysies oculaires dans les fractures de la base du crâne et, faisant un retour sur des travaux antérieurs, il montre, avec preuves anatomiques à l'appui, comment le moteur oculaire externe subit, dans certains traumatismes du rocher, des lésions auxquelles échappent d'habitude la troisième et la quatrième paires. Toute la pathologie de l'orbite est traitée de main de maître; la séméiologie de l'exophtalmie, les exostose orbitaires, les angiômes et les kystes de la cavité orbitaire, tout cela fournit au professeur Panas matière à d'excellentes pages.

« Les conditions que doit remplir un ouvrage didactique, dit-il dans sa préface, sont, avant tout, la concision et la clarté, la recherche, sans parti pris, de la vérité scientifique et la maturité du jugement fondée sur une vaste expérience ». Le programme est difficile à remplir, j'en conviens sans peine avec mon maître; mais, s'il « n'ose pas se flatter d'y avoir réussi », je me permets de lui dire que cette opinion ne sera pas celle des chirurgiens et des ophtalmologistes qui liront son ouvrage. Et ils le liront avec fruit pour ce qu'ils y pourront apprendre et avec plaisir pour le soin et le bon goût avec lesquels il a été édité.

Pierre Sebileau.

Chez Masson et Marchal-Billard.

La nouvelle législation médicale, par les Drs Lechopié et Floquet

Encouragés par le grand et légitime succès qu'a obtenu, auprès du monde médical, scolaire et judiciaire, leur *Code des Médecins*, MM. Lechopié et Floquet publient aujourd'hui le commentaire de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, qui n'était exécutoire, on le sait, qu'à partir du 1er décembre 1893.

Autorisés de leurs études antérieures sur le Droit médical, ayant suivi pas à pas la discussion de la nouvelle loi dont ils ont les premiers commenté, dès 1891, le projet voté par la Chambre, puis celui voté par le Sénat, ils ne pouvaient être mieux en situation de faire connaître la pensée véritable du législateur.

Leur intervention au cours de la discussion a d'ailleurs porté ses fruits, car il est peu d'articles des projets primitivement votés qui n'aient subi une ou plusieurs modifications conformes aux observations par eux présentées, ainsi qu'y fait allusion une préface due à la plume particulièrement autorisée de M. le professeur Cornil, l'éminent président de la commission du Sénat, rapporteur de la loi.

C'est, en réalité, un code complet et à jour de la nouvelle législation médicale, et il faut répéter ce que l'éminent avocat Me Demange, président de la Société de médecine légale de France, écrivait déjà du *Code des Médecins* publié par les mêmes auteurs sous le puissant patronage de M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris : Le livre était à faire, il est fait.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 30 AVRIL AU 5 MAI 1894

A. — Examens

Lundi 30 avril. — *Dissection*: MM. Farabeuf, Lejars, Rémy. — 2e Oral (1re partie): MM. Fournier, Sebileau, Retterer. — 3e Oral (1re partie, 2e série): MM. Pinard, Nicaise, Tuffier. — 3e Oral (1re partie, 2e série): MM. Tillaux, Poirier, Varnier. — 3e (2e partie): MM. Straus, Landouzy, Déjerine. — Suppléants: MM. Baillon et Gaucher. — 5e Chirurgie (1re partie, Hôtel-Dieu): MM. Terrier, Ricard, Delbet. — 5e (2e partie, Hôtel-Dieu): MM. Hayem, Brissand, Marie. — Suppléants: MM. Potain et Chauffard.

Mardi 1er mai. — 3e Oral, (1re partie, 1re série): MM. Tarnier, Poirier, Albarran. — 3e Oral (1re partie, 2e série): MM Richelot, Quénu, Maygrier. — 3e (2e partie): MM. Dieulafoy, Gilbert, Ménétrier. — 4e MM. Proust, Ballet, Letulle. — Suppléants: MM Pouchet et Gley. — 5e (1re partie, Charité): MM. Panas, Nélaton, Brun. — 5e (2e partie, Charité): MM. Laboulbène, Cornil, Roger. — Suppléants: MM. Chantemesse et Rémy.

Mercredi 2 mai. — *Médecine opératoire*: MM. Terrier, Tuffier, Jalaguier. — 2e Oral (1re partie): MM. Farabeuf, Retterer, Poirier. — 2e (2e partie): MM. Joffroy, Sebileau, André. — 3e Oral (1re partie): MM. Nicaise, Ricard, Varnier. — 4e: MM. Grancher, Ponchet, Gaucher. — Suppléants: MM. Fournier et Brissand.

Vendredi 4 mai. — *Dissection*: MM. Nicaise, Sebileau, Poirier. — 2e Oral (1re partie): MM. Farabeuf, Retterer, Delbet. — 2e (2e partie): MM. Brissand, Marie, Gaucher. — Suppléants: MM. Hayem et Netter. — 5e Chirurgie (1re partie, 1re série, Charité): MM. Terrier, Lejars, Tuffier. — 5e Chirurgie (1re partie, 2e série, Charité): MM. Tillaux, Ricard, Jalaguier. — 5e (2e partie, Charité): MM. Potain, Landouzy, Chauffard. — Suppléants: MM. Straus et Déjerine. — 5e Obstétrique (1re partie, clinique Baudelocque): MM. Pinard, Ribemont, Varnier. — Suppléant: M. Grancher.

Samedi 5 mai. — *Dissection*: MM. Humbert, Poirier, Albarran. — 2e Oral (1re partie, 1re série): MM. Cornil, Nélaton, Quenu. — 2e Oral (1re partie, 2e série): MM. Farabeuf, Roger, Rémy. — 2e (2e partie): MM. Dieulafoy, Gley, Heim. — Suppléants: MM. Pouchet et Ménétrier — 5e Chirurgie (1re partie, 1re série, Hôtel-Dieu): MM. Duplay, Richelot, Brun. — 5e Chirurgie (1re partie, 2e série, Hôtel-Dieu): MM. Panas, Le Dentu, Schwartz. — 5e (2e partie, Hôtel-Dieu): MM. Joffroy, Gilbert, Letulle. — Suppléants: MM. Laboulhène et Charrin. — 5e Obstétrique (1re partie, clinique d'Accouchement, rue d'Assas): MM. Tarnier, Maygrier, Bar. — Suppléant: M. Marfan.

B. — Thèses

Mardi 1er mai. — *M. Desesquelle*: Des phenotates mercuriques et de certains de leurs dérivés (MM. Bouchard, Duplay, Schwartz, Charrin). — *M. Pages*: Coïncidence des kystes de l'épididyme et de l'hydrocèle. Considérations cliniques et thérapeutiques (MM Duplay, Bouchard, Schwartz, Charrin). — *M. Chailloux*: Etude sur la hernie épigastrique et son traitement (MM. Guyon, Le Dentu, Humbert, Marfan). — *M. Arrizabalaga*: Du traitement des rétro-déviations utérines (MM. Le Dentu, Guyon, Humbert, Marfan).

Mercredi 2 mai. — *M. Chantenay*: Les réactions leucocytaires vis-à-vis de certaines toxines (MM. Potain, Hayem, Chauffard, Marie). — *M. Dominici*: Des angiocholites et cholécystites suppurées (MM. Hayem, Potain. Chauffard, Marie). — *M. Tournus des Connets*: Contribution à l'étude des plaies du testicule (MM. Pinard, Tillaux, Lejars, Delbet). — *M. Quevedo*: De l'hallus valgus. Orteil en équerre, en croix ou clinodactyle et de son traitement chirurgical (MM. Tillaux, Pinard, Lejars, Delbet). — *M. Charpentier*: De la grippe et de ses complications (MM. Straus Landouzy, Déjerine, Netter). — *M. Mangin*: Contribution à l'étude du goître puerpéral (MM. Landouzy, Straus, Déjerine, Netter).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Congrès international d'ophtalmologie en 1894.

Le huitième Congrès international d ophtalmologie se tiendra à Edimbourg du 7 au 10 août prochain

Legs Chevallier.

Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de ladite Académie, aux clauses et conditions imposées par le testateur, le legs que lui a fait le sieur Chevallier, d'une rente de 2,000 fr. en 3 0/0, pour décerner, tous les trois ans, un prix de 6,000 fr. à l'auteur français du meilleur travail publié,

dans chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement, soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

Congrès des bains de mer et d'hydrothérapie.

La Société médicale de Boulogne-sur-Mer a pris l'initiative de réunir, du 25 au 29 juillet prochain, un congrès international de bains de mer et d'hydrothérapie marine, sous la présidence d'honneur de MM. le professeur Verneuil, membre de l'Institut, et du docteur Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, président de l'Œuvre des hôpitaux marins.

Toutes les questions d'hygiène et de thérapeutique marines y seront traitées. Ce sera une des grandes étapes de la lutte entreprise contre la tuberculose.

Session d'examen pour le diplôme de chirurgien-dentiste.

Une session d'examen pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira, le 14 mai 1894, à la Faculté de médecine de Paris.

L'assemblée générale de l'Association des Médecins du département de la Seine, fondée par Orfila, aura lieu le dimanche 29 avril, à 2 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

Chemin de fer d'Orléans.

EXCURSIONS EN TOURAINE, AUX CHATEAUX DES BORDS DE LA LOIRE ET AUX STATIONS BALNÉAIRES DE LA LIGNE DE SAINT-NAZAIRE AU CROISIC ET A GUÉRANDE

1er itinéraire. — 1re classe, 86 fr.; 2e classe, 63 fr. Durée : 30 jours. — Paris, Orléans. Blois, Amboise, Tours, Chenonceaux, et retour à Tours, Loches, et retour à Tours, Langeais, Saumur, Angers, Nantes, Saint-Nazaire, Le Croisic, Guérande, et retour à Paris, *vià* Blois ou Vendôme, ou par Angers, *vià* Chartres, sans arrêt sur le réseau de l'Ouest.

Nota. — Le trajet entre Nantes et Saint-Nazaire peut être effectué, sans supplément de prix, soit à l'aller, soit au retour, dans les bateaux de la Compagnie de la Basse-Loire.

La durée de validité de ces billets peut être prolongée une, deux ou trois fois de 10 jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 0/0 du prix du billet.

2e itinéraire. — 1re classe, 54 fr.; 2e classe, 41 fr. Durée 15 jours. — Paris, Orléans, Blois, Amboise, Tours, Chenonceaux, et retour à Tours, Loches, et retour à Tours, Langeais, et retour à Paris, *vià* Blois ou Vendôme.

En outre, il est délivré à toutes les gares du réseau d'Orléans des billets aller et retour comportant les réductions prévues au tarif spécial G. V. n° 2 pour des points situés sur l'itinéraire à parcourir, et *vice versâ*.

Ces billets sont délivrés toute l'année : à Paris, à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz) et aux bureaux succursales de la Compagnie et à toutes les gares et stations du réseau d'Orléans, pourvu que la demande en soit faite au moins trois jours à l'avance.

NOTES D'ANATOMIE, DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE

DIAGNOSTIC DES ANGINES AIGUES (Plan sans détails).

1° FAIRE LE DIAGNOSTIC DE L'ANGINE.

Il n'y a qu'à regarder. On ne peut pas méconnaître une angine. Rares exceptions à faire pour *contractures du masséter* et *demi-ankylose du maxillaire inférieur*. Du reste, troubles fonctionnels sont toujours là : *douleur-déglutition, voix, respiration, salivation, état général*, etc., etc.

2° DIAGNOSTIQUER LA NATURE DE L'ANGINE.

Au point de vue clinique (au point de vue nosologique la distinction est fausse) remarquez d'abord ceci :

Quelle est l'apparence extérieure de l'angine ?

C'est-à-dire :

α **Est-ce une angine rouge ?**

β **Est-ce une angine blanche sans ulcérations ?**

γ **Est-ce une angine blanche avec ulcérations ?**

Premier cas. — C'est une **angine rouge.**

Ici, deux sortes de malades :

1° La rougeur n'a rien de spécial ;

2° La rougeur a quelque chose de spécial.

A. Rougeur vulgaire.

Le malade est toujours un fébricitant, puisqu'il porte une *angine aiguë* : mais sa fièvre peut être *atypique* ou *typique*.

a) SI ATYPIQUE :

Angine simple ou catarrhale ;

Amygdalite phlegmoneuse ;

Angine pharyngée phlegmoneuse qu'on ne distingue pas toujours facilement d'abcès rétro-pharyngien, d'œdème glottique ou du croup à cause des symptômes respiratoires.

Dire les caractères généraux de chacune de ces angines.

b) SI TYPIQUE :

Angine de la grippe ;

Angine de la fièvre typhoïde ;

Angine des fièvres malariennes ;

Angine de la goutte ;

Angine du rhumatisme.

Dites les caractères principaux de chacune d'elles.

B. Rougeur spéciale.

Angine de la rougeole.

Angine de l'érysipèle.

Insistez sur leurs signes. Très important.

Nota bene. — Si l'examen du malade ne vous permet pas de croire à l'une quelconque de ces angines, interrogez-le, et vous trouverez quelquefois l'origine des lésions dans :

UNE INTOXICATION	minérale	phosphore.
		iode.
		sels métalliques.
	végétale	solanées (belladone).

Deuxième cas. — C'est une **angine blanche sans ulcérations.**

A. L'état général n'a rien de particulier.

Il s'agit alors :

a) OU DE PROPAGATION A LA GORGE D'UNE STOMATITE :

1° Angine du muguet ;

2° Angine aphteuse ;

3° Angine du scorbut.

b) OU D'UNE ANGINE SIMPLE AYANT REVÊTU UN CARACTÈRE PSEUDO-MEMBRANEUX.

Angine pultacée (la décrire).

B. L'état général plus ou moins grave présente un caractère particulier.

1° Angine herpétique ;

2° Angine diphtéritique ;

3° Angine scarlatineuse.

Partie très importante de la question. Faire avec soin le diagnostic différentiel de ces trois variétés.

Troisième cas. — C'est une **angine blanche avec vraies ulcérations.**

A. Les lésions sont limitées à la gorge.

ANGINE GANGRÉNEUSE.

Plaques grises ou noires étendues, bords irréguliers, muqueuse environnante rouge et tuméfiée, ulcérations consécutives. Peu de douleur, fétidité atroce, salivation sanieuse, adynamie, septicémie consécutive, marche rapide, mauvais état général antérieur (rougeole, scarlatine, variole).

B. Les lésions occupent la bouche et la gorge.

ANGINE ULCÉRO-MEMBRANEUSE.

C. Les lésions sont généralisées.

ANGINE VARIOLIQUE. Y. Z.

Le Directeur-Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Imprimerie SCHILLER, 10, rue du Faubourg-Montmartre.

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 18 — 5 Mai 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

HOTEL-DIEU — LABORATOIRE DE M. LANCEREAUX

Note sur le rôle de l'alimentation dans le diabète pancréatique expérimental.

Par M. le Dr J. Thiroloix.

La suppression de toute alimentation, avant et après l'ablation du pancréas, nous a donné, chez quelques animaux, des résultats intéressants. Cette suppression, comme le montrent les expériences, a, dans les conditions où nous nous sommes placés, profondément modifié l'apparition et la marche de la glycosurie. Notre mode opératoire a été ainsi ordonné : d'abord mise à jeun des chiens pendant cinq et sept jours, puis ablation du pancréas et continuation du jeûne ; dès que l'animal est revenu complètement à la santé, nous le soumettons à des alternatives de jeûne et d'alimentation exclusivement carnée. Comme type d'expérience, nous donnerons l'observation suivante, dont nous avons obtenu à quatre reprises la confirmation (il est presque inutile de dire qu'il est nécessaire de sacrifier un grand nombre d'animaux pour obtenir une survie permettant une observation prolongée).

Chien adulte, poids 12 kilos, est mis à jeun pendant six jours ; il reçoit de l'eau à discrétion. Pendant cette période, les urines et l'urée ont été :

1er jour : 200 grammes d'urine et 7 grammes 173 d'urée ;
2e jour : 75 grammes d'urine et 5 grammes 3802 d'urée ;
3e jour : 175 grammes d'urine et 7 grammes 6 d'urée ;
4e jour : 40 grammes d'urine et 2 grammes 332 d'urée ;
5e jour : 75 grammes d'urine et 3 grammes 33 d'urée ;
6e jour : 95 grammes d'urine et 4 grammes 7 d'urée.
(Les chiens non alimentés refusent quelquefois l'eau).

Nous pratiquons l'ablation totale du pancréas en un temps.

1er jour : Après cette intervention, 500 grammes d'urine et 12 grammes 81 d'urée, *pas de sucre.*

2e jour : 600 grammes d'urine et 15 grammes 17 d'urée ; *pas de sucre.*

3e jour : L'animal est en parfait état, nous lui donnons 30 grammes de viande ; urines, 500 grammes ; 12 grammes 81, d'urée et 6 grammes 40 de sucre.

L'élimination du sucre n'a lieu que pendant quelques heures après l'absorption de la viande. Cette dernière a toujours été donnée au début de la journée.

En fragmentant la quantité d'aliments, c'est-à-dire en donnant 15 à 25 grammes de viande, toutes les huit heures, on obtient une série de débordements sucrés passagers dans les 24 heures. L'élimination du sucre se montre trois à quatre heures après l'ingestion.

(Dans notre mémoire sur les effets de la suppression lente du pancréas (Société de Biologie, 22 octobre 1892), nous avions observé, après réduction extrême de la glande, successivement une glycosurie avec les amylacés, disparaissant avec le régime carné, puis une glycosurie permanente, quel que fût le régime.)

4e jour : 80 grammes de viande ; urines, 300 grammes ; urée, 8 grammes 7 ; sucre, 21 grammes ;

5e jour : 80 grammes de viande ; urines, 255 grammes ; urée, 11 grammes 3 ; sucre, 12 grammes ;

6e jour : 160 grammes de viande ; urines, 800 grammes ; urée, 25 grammes ; sucre, 31 grammes ;

7e jour : Pas de viande ; urines, 700 grammes, urée, 13 grammes ; pas de sucre ;

8e jour : Pas de viande ; urines, 800 grammes ; urée, 10 grammes ; pas de sucre ;

9e jour : Pas de viande ; urines, 500 grammes ; urée, 8 grammes 9 ; pas de sucre ;

10e jour : Pas de viande ; urines, 575 grammes ; urée, 7 grammes 6 ; pas de sucre ;

11e jour : Viande, 150 grammes ; réapparition du sucre deux heures et demie après l'ingestion ;

12e jour : Viande, 350 grammes : urines, 1,050 grammes ; urée, 20 grammes 49 ; sucre, 158 grammes.

13e jour : Pas de viande ; de 8 heures à midi, 75 grammes d'urines lactescentes, glycosuriques ; de midi à 6 heures du soir, urines, 50 grammes faiblement glycosuriques ; de 6 heures du soir au lendemain 8 heures du matin, 125 grammes d'urines sans glycose. (La totalité des urines a été de 250 grammes avec 8 grammes 5 de sucre) ;

14e jour : L'animal absorbe 60 grammes de glycérine et 220 grammes d'eau. Il meurt tout à coup une heure après cette ingestion. L'estomac est trouvé énormément distendu par le mélange d'eau et de glycérine, la muqueuse est violacée. Les bases pulmonaires sont congestionnées. L'intestin rétracté ne renferme qu'une substance lactescente, teintée par places en vert et en jaune par la bile.

Le foie d'aspect normal contient du sucre (polarimètre, bismuth et potasse).

Dans les trois autres expériences, les animaux ont présenté dans les mêmes conditions des phénomènes identiques ; une glycosurie en rapport avec l'alimentation carnée. Deux ont été tués immédiatement après la disparition du sucre dans les urines ; leur foie contenait encore 2 à 3 grammes de sucre. Sur le troisième, nous avons pratiqué la piqûre du bulbe et obtenu de nouveau le passage du sucre dans les urines ; le foie injectait alors dans le sang ses réserves glycosuriques.

Un chien, opéré au quatrième jour du jeûne, nous a donné, pendant les vingt-quatre premières heures, une urine décolorant sans précipiter la liqueur de Fehling, mais ne se révélant ni au polarimètre, ni avec le bismuth et la potasse.

Ainsi donc, la suppression de toute alimentation pendant cinq et sept jours, avant toute opération, empêche l'apparition de la glycosurie lors de l'ablation totale du pancréas en un temps ; il se produit à ce moment une légère azoturie. La glycosurie ne survient que si on alimente l'animal, cesse si on supprime tout aliment pour ne réapparaître qu'après une ingestion nouvelle de viande.

Les animaux dépancréatés, soumis au jeûne, autophagiques, ne font donc pas d'*excès* de sucre aux dépens de leurs propres éléments.

Le pancréas paraît agir sur la cellule hépatique, dans ses fonctions de production, d'arrêt et de destruction du sucre. Lorsque, en effet, cette sécrétion glandulaire n'existe plus qu'en très minime quantité (le pancréas n'étant plus représenté que pour quelques centigrammes de glande), la glycose fournie par les amylacés est d'abord seule éliminée, plus tard, lors de la suppression à peu près totale de la sécrétion (il en reste toujours quelques milligrammes de glande dans la concavité stomaco duodénale), tous les aliments sont utilisés pour la formation du sucre. L'adjonction de lésion nerveuse bulbaire ou périphérique à la suppression pancréatique amène une glycosurie formée aux dépens des éléments de l'économie. L'animal est diabétique total.

Le diabète pancréatique relèverait donc d'une exaltation fonctionnelle, partielle ou totale de la cellule hépatique.

Ces expériences aboutissent par des voies différentes aux conclusions de MM. Chauveau et Kaufman, sur l'association intime du foie et du pancréas dans la glycoso-formation.

THÉRAPEUTIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Pronostic et traitement de l'ophtalmie purulente chez les nouveau-nés.

Par M. Ripault, interne des hôpitaux, aide de clinique aux Quinze-Vingts.

L'ophtalmie purulente des nouveau-nés est une affection qui, par sa grande fréquence et sa gravité habituelle, mérite d'attirer toute l'attention du praticien.

Avant d'étudier dans ses détails, car ils ont ici une importance capitale, la question du traitement, nous croyons devoir rappeler les éléments principaux sur lesquels se fonde le pronostic à porter ; d'autant plus que pronostic et thérapeutique se lient étroitement l'un à l'autre.

Le pronostic, nous ne saurions trop y insister, doit être toujours fort réservé ; on le voit souvent dérouter les présomptions les mieux fondées en apparence ; tel enfant, atteint depuis plusieurs jours déjà, et mal soigné, guérira parfaitement ; tel autre, pris au début, entouré de soins incessants, pourra perdre la vue des deux yeux ; il serait donc imprudent de se montrer absolument affirmatif.

L'ophtalmie apparaît au troisième ou quatrième jour après la naissance ; se montre-t-elle plus tard, il faut se tenir sur ses gardes ; la marche de l'affection peut se ressentir jusqu'à un certain point de ce début non habituel.

Le pronostic se basera beaucoup plus encore, croyons-nous, sur l'état de santé du nouveau-né ; un enfant malingre, mal nourri, sera d'ordinaire plus exposé qu'un autre ; c'est la question de terrain, se posant dès la naissance ; on ne saurait concevoir trop de craintes pour la même raison au sujet des enfants nés avant terme ; la terminaison fâcheuse est ici presque la règle.

Toute ophtalmie qui, malgré un traitement sévère, ne s'améliore point rapidement, doit être tenue pour grave ; il y a fort probablement dans ces cas un degré de virulence tout particulier ; de plus, les complications cornéennes peuvent être alors difficiles à éviter, et ces complications tardives auront moins de chances d'être enrayées à temps, puisque l'infection causale subsiste malgré tout et continue très rapidement son œuvre néfaste.

L'abondance de la suppuration, à ne pas négliger cependant au point de vue pronostic, laisse derrière elle en importance la nature du pus dans lequel l'œil baigne continuellement ; des suppurations énormes épargnent le globe, au contraire une suppuration très modérée peut le détruire en fort peu de temps ; aussi les recherches bactériologiques et les cultures (comme pour les angines pseudo-membraneuses du reste), seront-elles la clé la plus sûre d'un pronostic assuré.

Nous croyons aussi devoir rappeler, au point de vue local, que l'existence d'un chémosis assez notable compromet la vitalité cornéenne et assombrit le pronostic, surtout s'il existe des ulcérations.

Celles-ci ont une importance en rapport avec leur évolution, mais surtout le moment de leur apparition ; les voit-on au cours d'une ophtalmie traitée, et déjà de ce fait en voie d'amélioration, on peut toujours espérer, en suivant son malade ; s'observent-elles chez un enfant en pleine période d'infection, il est plus à craindre alors que la lésion ne gagne de vitesse ; ce sera en tout cas un sérieux avertissement pour le traitement.

Le pronostic est, fort heureusement, on le voit, soumis dans une large proportion, pour les cas habituels du moins, au traitement suivi ; aussi allons-nous insister sur les moyens les plus énergiques et les plus sûrs à opposer à une affection toujours grave, et souvent bien rapidement.

Traitement préventif. — L'enfant se contamine, lors de

l'accouchement, au passage de la tête dans le canal vulvo-vaginal, aussi quoi de plus naturel que de songer à désinfecter ce dernier, au moment de l'accouchement, par des irrigations et des lavages vulvaires répétés; c'est là un traitement qu'on néglige trop souvent d'instituer.

Depuis que ces mesures sont prises rigoureusement dans les services hospitaliers, on voit les cas d'ophtalmie devenir moins fréquents, et leur gravité s'atténuer notablement.

Mais, on le comprend, cette antisepsie ne peut pas être toujours pratiquée, surtout d'une façon suffisante; aussi, tout en y ayant recours, faut-il songer à l'enfant, le premier intéressé.

Aussitôt après la naissance, on lavera avec soin les paupières et les bords palpébraux avec un tampon de ouate imbibé d'une solution étendue de liqueur de Van Swieten, ou saturée d'acide borique; c'est la première précaution à prendre; et, quand l'on donnera un grand bain, on évitera de contaminer les yeux à nouveau. On pourra ensuite instiller dans chaque œil une goutte de nitrate d'argent à 1/100 (méthode de Crédé); précaution excellente qui a seulement l'inconvénient, surtout si une main inexpérimentée dépasse la dose, de provoquer une réaction inflammatoire fâcheuse et parfois fort trompeuse; aussi pourra-t-on y substituer l'insufflation entre les paupières d'une pincée d'iodoforme finement pulvérisé; cet antiseptique est d'une grande efficacité, et son emploi, dans les cas un peu douteux, peut être réitéré sans inconvénients.

Mais souvent ces précautions ne sont point prises, ou le sont insuffisamment, quelques fois même malgré elles, une ophtalmie se déclare, et l'enfant est amené au médecin en pleine infection; voyons ce que doit faire et conseiller ce dernier pour mettre toutes les chances de son côté, et éviter un désastre qu'un traitement assez énergique eût surtout empêché.

Traitement curatif. — Le praticien se renseigne d'abord sur l'époque de début des accidents; étudie la tuméfaction des paupières, puis il les écarte avec le pouce gauche et l'index droit pour se rendre compte de l'abondance de la suppuration, et surtout de l'état actuel des cornées.

Il lavera, à cet effet, l'œil avec soin, car un dépôt purulent pourrait en imposer à première vue pour une lésion, et, d'autre part, la masquer.

Parfois, la tuméfaction de la paupière supérieure est telle qu'on a grand'peine à apercevoir la cornée; on s'aidera alors avec avantage de l'écarteur à main de Desmarres.

Il est bien entendu que ces manœuvres doivent être exécutées avec douceur en évitant soigneusement d'appuyer sur le globe; car on a vu alors des ulcérations se transformer en perforations.

Le traitement actif se résume en deux mots : cautérisations énergiques au nitrate d'argent, le modificateur par excellence; et irrigations antiseptiques répétées dans l'intervalle.

Le nitrate est une arme des plus sûres, l'accord est unanime sur ce point; mais, pour en tirer réellement profit, il importe de bien savoir s'en servir. Les cautérisations seront subordonnées, en intensité et en fréquence, à la gravité du cas; plus la suppuration sera abondante, la tuméfaction considérable, plus il sera nécessaire de juguler rapidement la maladie. On pratique deux cautérisations en 24 heures : une le matin, l'autre le soir; il est rare qu'on aille plus loin; si, cependant, le médecin était dans l'impossibilité de revoir son petit malade avant le lendemain, il sera bon de pratiquer une cautérisation très énergique; le crayon de nitrate mitigé à 1/5 remplira parfaitement cette indication; certains oculistes y ont même constamment recours avec excellents résultats, telle est la pratique du docteur Chevallereau aux Quinze-Vingts.

Voyons comment doit se faire la cautérisation.

On renverse d'abord autant que possible la paupière supérieure, ce qui est facile, vu le gonflement, et on promène le caustique dans toute son étendue, sans négliger aucun point; on protège le globe à l'aide de la paupière inférieure; la conjonctive devient blanche; l'effet est produit; il faut alors, mais seulement alors, neutraliser l'excès de sel à l'aide d'une solution saturée de sel marin et un tampon de ouate hydrophile avec lequel on laisse tomber le liquide sur la conjonctive, en frottant légèrement même, si la cautérisation paraissait trop intense; on fait de même ensuite pour la paupière inférieure qui s'éverse facilement dans toute son étendue. Si l'on emploie la solution de nitrate; on se servira du 3/100, puis du 2/100, en diminuant encore le titre et en espaçant les cautérisations quand la sécrétion devient bien moins abondante; lorsque celle-ci sera presque nulle, il ne faudra pas cesser trop brusquement le traitement sous peine de récidive immédiate; mais on se bornera à passer chaque matin, pendant quelques jours encore, le 1/100 jusqu'à ce qu'il n'y ait, pour ainsi dire, plus traces de suppuration.

Le pinceau a l'avantage de pouvoir être essuyé au fond des culs-de-sac qu'il balaye ainsi radicalement; il sera brûlé immédiatement, ainsi d'ailleurs que tous les objets de pansement.

Quelques conjonctivites, non seulement résistent au nitrate, mais encore paraissent mal s'en trouver; il faudra alors être plus sobre de son emploi, surtout en solutions fortes, et insister surtout sur les lavages antiseptiques; le nitrate ne sera jamais donné en instillations qui sont aveugles.

Les cautérisations ne sauraient suffire à guérir l'affection; le pus ne saurait être tari assez rapidement pour empêcher la cornée de se prendre; il faut désinfecter continuellement la surface conjonctivale pour empêcher les réinoculations. A cet effet, emploi large de solutions antiseptiques dans l'intervalle des cautérisations : les lavages ne devront pas être faits le jour seulement, mais aussi la nuit, toutes les heures par exemple, plus souvent même, sans craindre de réveiller l'enfant; car, trop souvent le lendemain matin on trouve son malade en bien plus mauvais état que le soir; souvent c'est dans la nuit que s'infecte une cornée.

Comme antiseptique, nous repousserons formellement la solution boriquée; car, c'est fait avéré que l'acide borique a un pouvoir bactéricide des plus atténués, ce qui ne cadre guère avec la nature de l'affection.

On pourra employer l'eau naphtolée (Naphtol β) à 1/5000; le cyanure de mercure à 1/2000; le sublimé à 1/4—5000 et sans alcool....

La solution doit être employée froide et *larga manu*; il faut à tout moment débarrasser l'œil des produits de sécrétion qui le contaminent; les parents seront prévenus de la nécessité de ces lavages incessants; ce sont eux qui sauveront la vue de leur enfant.

On leur enseignera la façon de bien les faire, et non insuffisants, comme il arrive trop souvent; on leur apprendra à renverser les paupières et à les essuyer avec le tampon antiseptique, sans crainte de *faire saigner;* les paupières devront aussi être écartées, de sorte que le liquide aille bien jusque dans les culs-de-sac; si l'on a affaire à des parents intelligents, on leur apprendra très vite à se servir du releveur à main de Desmarres, qui, en écartant bien la paupière, permet de nettoyer chaque fois à coup sûr les culs-de-sac; le médecin se réservera son emploi, s'il existe des lésions cornéennes. C'est à l'aide de toutes ces minuties qu'on sauvera la plupart des yeux que l'on *saura* soigner convenablement. Pour lutter contre l'œdème des

paupières on pourra placer sur les yeux des compresses antiseptiques, froides, mais non glacées (étant donné la finesse de la peau d'un enfant); on n'abusera pas néanmoins de ces compresses antiseptiques, car elles peuvent irriter la peau très fortement; et, malgré leur réelle valeur, n'ont pas l'efficacité souveraine des lavages répétés; ce sera donc un utile adjuvant seulement.

Les lavages devront être continués jusqu'à cessation complète de la suppuration; pour parer à leur action irritante, on pourra, dans les derniers temps, substituer l'eau boriquée ou l'eau bouillie seulement.

A cette période de déclin aussi, quelques insufflations d'iodoforme bien pulvérisé rendront des services.

L'affection est compliquée de lésion cornéenne, quelle conduite faudra-t-il tenir?

On insistera avant tout sur les lavages antiseptiques; on s'appliquera à tarir la suppuration au plus vite par des cautérisations énergiques et répétées, en évitant soigneusement la diffusion du caustique employé; toute pression sur le globe pourra avoir des conséquences fâcheuses.

Si les paupières sont encore le siège d'une tuméfaction pouvant nuire à un traitement suffisant, on incisera sans hésiter avec de fins ciseaux la commissure externe, et on scarifiera de même profondément le chémosis, s'il existe.

On pourra faire usage d'un collyre à l'atropine (0.01 centigrammes/10 grammes) dont on instillera une à deux gouttes dans l'œil; s'il existe une ulcération et qu'elle semble progresser, on le remplacera par un collyre à la pilocarpine (0.02-0.03 centigrammes/10 grammes), dont on instillera quatre à six gouttes dans la journée, pour s'opposer à la tension intra-oculaire; enfin, les applications froides seront alors sévèrement bannies de la thérapeutique.

Plus tard, on luttera avec de réels succès contre l'infiltration de la cornée souvent considérable, à l'aide de la pommade jaune d'hydrargyre à doses faibles, introduite quotidiennement entre les paupières; on verra s'éclaircir à la longue et d'une façon parfois étonnante des lésions désespérantes à première vue; on différera donc tout pronostic immédiat trop absolu, et toute intervention trop hâtive.

Le traitement général, nous l'avons dit, est loin d'être une quantité négligeable; on s'inquiétera donc d'une bonne alimentation, et on s'enquerra de la qualité du lait fourni à l'enfant, ainsi que de l'état de son tube digestif, pour combattre la diarrhée, les vomissements.

Les parents seront prévenus de la contagiosité, et devront prendre de grandes précautions de propreté pour eux-mêmes.

Un seul œil peut être atteint; il est bien rare que l'autre ne le soit aussi; on le surveillera donc de très près en évitant, autant que possible, la contamination par les doigts, les objets de pansement; on usera pour lui aussi de lavages aussi antiseptiques que possible, en évitant cependant toute cautérisation intempestive.

Tels sont les moyens les plus sûrs pour combattre, souvent efficacement, une affection toujours grave par elle-même, mais dont les dangers peuvent être notablement atténués par un traitement bien dirigé.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement d'un cas de paralysie infantile.

Par le Dr A.-F. Plicque, ancien interne des hôpitaux.

Le traitement d'un cas de paralysie infantile doit être étudié à trois périodes : 1° période aiguë du début où les accidents infectieux l'emportent beaucoup comme importance sur les accidents paralytiques; 2° période des paralysies encore susceptibles de régression; 3° période des paralysies et des lésions incurables définitivement constituées.

1° Le diagnostic est rarement porté dès le début de la paralysie infantile. Dans les premiers jours, c'est à une simple attaque de convulsion, à une fièvre typhoïde, à une méningite qu'on songe ordinairement. Sitôt le diagnostic soupçonné, la révulsion sur la colonne vertébrale offre une grande importance. Cette révulsion sera d'autant plus efficace qu'elle sera plus précoce. Les pointes de feu sont très difficiles à appliquer; les enfants, presque toujours âgés de moins de deux ans, luttent et se révoltent. On aura recours aux petits vésicatoires volants laissés deux ou trois heures à peine, à la teinture d'iode appliquée légèrement attiédie, aux cataplasmes sinapisés mis en longue bandelette tout le long du rachis. Les frictions à l'huile de croton produisent une révulsion intense, mais doivent être très surveillées.

On formulera :

Huile de croton..............	20 grammes.
Beurre de cacao.............. } Cire.............. }	àà 15 —

Ce crayon est beaucoup plus maniable que l'huile liquide. Mais son effet est encore très énergique. On doit appuyer avec la pointe et non frotter avec le crayon.

L'enfant sera placé dans une chambre sombre, calme; on évitera avec le plus grand soin les refroidissements. Les bains de vapeur quotidiens, donnés dans le lit même, sont utiles et d'ordinaire bien acceptés.

Comme médicaments, il est utile de faire une légère dérivation intestinale, ordinairement par le calomel. On donnera chez un enfant de deux ans une dose de 0 gr. 10 cent. à 0 gr. 20 cent. En cas de fièvre excessive, le sulfate de quinine sera utile comme antithermique, et peut-être comme antiseptique pour lutter contre l'agent infectieux. La dose sera de 0 gr. 15 cent. à 0 gr. 25 cent. Pour faire accepter le médicament, M. Simon le donne en petites pilules de 0 gr. 01 cent. chaque, qui sont facilement avalées dans du miel ou des confitures. On peut aussi le donner en lavements, en suppositoires, les doses seront alors doublées : 0 gr. 30 cent. ou 0 gr. 50 cent. En cas d'agitation excessive, on emploierait le chloral ou le bromure. A deux ans, la dose de chloral ne dépassera pas 0 gr. 50 par jour en plusieurs fois. La dose de bromure peut, à condition d'être fractionnée, atteindre 1 gramme.

2° La période aiguë passée, les moyens externes deviennent les plus importants. On peut continuer une légère révulsion sur le rachis, mais il est surtout utile d'agir directement sur les membres paralysés par les frictions avec un liniment excitant (baume nerval, eau de Cologne, alcoolat de Fioraventi), par les massages et surtout l'électricité.

Quand doit-on commencer l'électricité? Appliquée trop tôt sans ménagements suffisants, elle peut être nuisible en excitant la moelle. Il faut attendre huit jours au moins après que la fièvre a tout à fait cessé (Simon). Les séances doivent être d'autant plus courtes, les courants d'autant plus modérés qu'on est à une époque plus voisine du début. On évitera d'électriser les muscles rétractés ou contracturés. La localisation exacte du courant offre une réelle importance.

Faut-il employer les courants continus ou les courants faradiques? Au début, on emploiera exclusivement les courants continus moins irritants. La plaque positive sera appliquée à la nuque. La plaque négative au pied ou à la main, suivant le membre paralysé. Le mieux est de plonger le pied ou la main dans une cuvette d'eau salée tiède où est

placée la plaque. La durée de chaque séance, de deux minutes au début, sera graduellement portée à vingt minutes, puis à une demi-heure. L'intensité du courant sera successivement de deux, trois, cinq mille ampères. Les séances auront lieu tous les deux jours d'abord, tous les jours ensuite.

Au début, le courant sera continu. Un peu plus tard il est utile, pour obtenir des contractions musculaires, de faire des intermittences, des renversements.

Le courant faradique ne doit guère être employé qu'au bout de six semaines à deux mois. S'il produit des contractions musculaires, c'est un très bon signe pronostique. S'il n'amène pas de contraction — c'est là un des éléments de la réaction de dégénérescence — son emploi est inutile et doit être abandonné pour revenir au courant continu.

Le principal avantage de l'électricité faradique, c'est qu'on peut apprendre aux parents à électriser eux-mêmes les petits malades. On leur montrera bien les points d'application des électrodes. Le fait a son utilité pour un traitement qui doit durer des mois, des années. L'emploi des appareils à courants continus ne saurait leur être confié que difficilement par crainte des escharres.

En dehors de ces moyens, les bains sulfureux, les bains salés sont utiles. Les douches locales ne doivent pas être employées à une époque trop voisine de la période fébrile.

Comme traitement médicamenteux au début, c'est à l'iodure de potassium à dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 40 centig. par jour qu'il faut s'adresser. L'iodure est utile alors même qu'il n'y a pas de syphilis. En cas de syphilis héréditaire, on y joindrait les frictions mercurielles.

Un peu plus tard, on emploiera surtout les toniques. La noix vomique sera prescrite plus pour stimuler l'appétit que pour rechercher l'action excitante de la strychnine. M. Simon alterne l'emploi de la noix vomique et de l'arsenic. Pendant une semaine, il prescrit de cinq à dix gouttes de la teinture suivante à chaque repas :

Teinture de colombo...........	10 grammes.
Teinture de Baumé............	1 —

Les doses sont diminuées ou le médicament suspendu en cas d'insomnie, d'agitation, de soubresauts musculaires, d'exagération trop marquée des reflexes. La semaine suivante, on donne à chaque repas une cuillerée à café de la solution :

Arséniate de soude...........	0 gr. 05 centigr.
Eau distillée.............	300 grammes.

La troisième semaine, l'enfant ne prend pas de médicament. Le phosphate de chaux, souvent conseillé par Descroizilles, peut être amplement donné en poudre dans les aliments.

L'hygiène sera celle des petits nerveux : vie calme à la campagne, bord de la mer et surtout bains de mer rigoureusement évités. Les cures thermales ne doivent être présentées qu'après deux ou trois ans. On conseillera surtout Bourbonne, Salies, Salins.

Ce n'est qu'après des années de traitement qu'on doit regarder les paralysies comme définitives. Continuée avec persévérance, l'électricité en particulier donne des résultats inespérés ;

3° A la période de lésions définitives un certain nombre de moyens permettent de diminuer la gêne fonctionnelle. Les appareils orthopédiques varient pour chaque cas spécial. Une règle absolue est qu'ils ne doivent jamais produire de constriction, d'étranglements. Beaucoup de paralysies graves et durables sont le fait d'appareils étranglant le membre et appliqués trop tôt. En cas de position viciée d'une articulation la ténotomie fut autrefois très en faveur. Elle permet de triompher de la résistance des muscles contracturés, mais elle augmente la faiblesse du membre. Une opération récente, l'arthrodèse, destinée à obtenir l'ankylose des articulations trop lâches (membres de polichinelle) a donné de bons résultats, surtout pour le genou, pour l'articulation tibiotarsienne. Elle consiste essentiellement dans l'ouverture large de l'articulation, l'abrasion du cartilage articulaire, la mise en contact dans une bonne position des os dénudés, souvent leur enchevillement au moyen de chevilles d'ivoire. Les tentatives de Phocas pour unir les tendons des muscles paralysés à des muscles restés actifs ont donné quelques bons résultats. Exceptionnellement, l'amputation d'un membre inférieur atrophié, inutile, atteint de troubles trophiques, d'ulcérations douloureuses, rendra au malade un très grand service.

FAITS DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Fracture du crâne ; épanchement sanguin extra-dure-mérien comprimant l'hémisphère gauche ; foyer d'attrition multiple sur le lobe sphénoïdal droit ; coma ; mort deux heures après l'accident.

Par M. Orillard, interne des Hôpitaux.

K... (Pierre), âgé de 30 ans, était occupé, le 29 décembre 1892, à nettoyer un vitrage. A la suite d'un faux mouvement, cet homme tombe sur la tête de la hauteur d'un premier étage environ. Immédiatement après sa chute, un de ses camarades, qui travaillait avec lui, vint à son secours. Le blessé put *se relever, marcher et prononcer quelques paroles*. Amené chez un pharmacien, ses idées commençaient à s'obscurcir une demi-heure à trois quarts d'heure après l'accident, puis il tomba dans le coma.

C'est dans cet état qu'il est amené à l'hôpital Saint-Louis à 6 heures du soir, une heure environ après sa chute, accompagné de l'individu qui travaillait avec lui et avait assisté à toute la scène.

Examiné immédiatement après son entrée, voici ce que l'on constate.

Emission d'urine et de fèces dans les vêtements.

Respiration stertoreuse, accélérée (32 respirations par minute), irrégulière, c'est-à-dire que toutes les quatre ou cinq respirations, il y en a une beaucoup plus profonde que les autres.

Ecume blanchâtre à la bouche.

Pouls fort et plein avec fréquence normale.

Aucun écoulement de sang ni par le nez, ni par les oreilles. Pas trace d'ecchymose.

Les deux paupières étaient à demi fermées, mais aucune différence entre les deux.

Pas de déviation des yeux, mais la *pupille du coté gauche était entièrement dilatée*, tandis que celle de droite était petite. Aucune d'elles ne réagissait à la lumière.

La sensibilité existait sur tout le corps. Il n'y avait ni paralysie, ni contractures, ni raideurs musculaires. On constatait seulement du relâchement de tous les muscles.

En piquant fortement un membre, on voyait s'esquisser de petits mouvements de courte amplitude.

L'examen du crâne ne donnait aucun signe à la vue.

La palpation pratiquée au niveau de la fosse temporale gauche faisait percevoir les signes d'un hématome sous-cutané peu abondant, mais on ne sentait ni trait de fracture ni enfoncement et la pression ne produisait aucun phénomène appréciable.

Les symptômes, la marche des accidents firent faire le diagnostic de fracture du crâne avec épanchement sanguin intracranien. En conséquence, on fit prévenir un chirurgien pour pratiquer d'urgence la trépanation. Mais le malade succomba à 7 heures, une heure après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie est pratiquée le 2 janvier 1893; le cadavre absolument gelé n'a pas le moindre début de putréfaction.

La peau du crâne une fois enlevée, on voit que tout le muscle temporal gauche est infiltré de sang remplissant toute la fosse temporale. Le muscle une fois détaché et la surface osseuse bien dénudée, on aperçoit une fracture au niveau du pariétal gauche avec un fragment triangulaire complètement isolé, mais non enfoncé. Des irradiations vont vers le frontal et surtout vers l'écaille du temporal qui est fendue.

La calotte cranienne enlevée, il existe entre la face interne de dos et la face interne de la dure-mère un volumineux caillot cruorique absolument gelé. Sa limite supérieure est courbe, à concavité inférieure et va à 5 centimètres du sinus longitudinal supérieur.

En bas, il recouvre toute la moitié gauche de l'étage moyen, pénètre en avant sous la grande aile du sphénoïde et en arrière est limité par le sinus latéral.

La dure-mère enlevée, on voit sur les os deux traits de fracture :

1° Un part de la base de l'apophyse mastoïde et se dirige obliquement vers le bord du trou occipital, en arrière des condyles;

2° Un autre part de l'union du frontal, du pariétal et du temporal et a un aspect étoilé : une fissure file vers l'étage supérieur, se divisant bientôt en deux autres dont l'une s'arrête dans la voûte orbitaire gauche tandis que l'autre va rejoindre la pente sphénoïdale. La portion d'os intermédiaire est mobile. Une seconde fissure file vers la partie supérieure sur le pariétal où par ses divisions multiples, elle isole et rend mobile un fragment triangulaire de cet os; elle envoie également des irradiations vers le frontal et vers l'écaille du temporal.

En somme, il y a deux traits de fracture : un dans l'étage supérieur, l'autre dans l'étage inférieur.

Le cerveau, absolument gelé, a conservé la déformation que lui a faite par compression l'énorme caillot sanguin.

Disons, d'abord, qu'il existe sur l'extrémité antérieure du lobe pariétal droit un manque de substance du volume d'une noisette; c'est une lésion ancienne sans intérêt pour notre cas particulier.

Le cervelet et le bulbe n'offrent aucune lésion, ni extérieure ni intérieure.

L'hémisphère gauche présente une large surface d'aplatissement portant surtout sur la face externe du lobe sphénoïdal, la région du pli courbe et la partie la plus antérieure du lobe occipital. Les zones motrices ne sont comprimées qu'en partie. A la coupe, il n'y a pas d'hémorrhagie, ni dans les ventricules ni dans l'épaisseur de la substance cérébrale. Du côté de l'hémisphère droit, on note des épanchements sanguins sous-piemériens dans la région des lobes sphénoïdal et occipital. Les 1re, 2e et 3e circonvolutions temporales présentent à leur surface des points d'attrition multiples dont les plus étendus ne mesurent pas 1 centimètre, et les plus petites le diamètre d'une tête d'épingle. C'est à ce niveau surtout qu'il y a de petits foyers hémorrhagiques. Une coupe, pratiquée au niveau de ces foyers d'attrition, montre que la lésion ne dépasse pas les couches les plus superficielles de la substance grise. Aucune d'elles n'arrive à la substance blanche. Pas trace d'hémorrhagie ventriculaire.

Malgré une recherche attentive nous n'avons pu trouver traces sur l'artère méningée moyenne elle-même ou ses branches de la solution de continuité par laquelle l'hémorrhagie s'est produite.

Cette observation nous a paru intéressante à publier, car elle est un type net au point de vue de la clinique de la fracture du crâne avec épanchement sanguin. Elle vient aussi corroborer les idées de M. Gérard Marchant, prétendant possible, dans beaucoup de cas, ce diagnostic.

En effet, pour expliquer la marche des phénomènes qui sont survenus depuis l'accident, on ne pourrait songer qu'à la compression cérébrale. Et celle-ci n'existait pas immédiatement après la chute puisque le malade a pu marcher et courir pendant plus d'une demi-heure. Il a donc fallu, pour qu'elle se produise, un certain temps : cet espace de temps, nécessaire pour réaliser la compression, est désigné sous le nom de *freie intervall* par les Allemands. L'existence de cet instant de lucidité après l'accident est un des grands signes d'épanchement sanguin traumatique intracranien; c'est le premier en date, c'est aussi un des plus importants. Il est, en effet, la preuve que la compression se fait peu à peu, et que l'encéphale ne se trouve plus dans les mêmes conditions qu'au moment même du choc. Or, considérant seulement ce qui se passe dans les traumatismes craniens, la compression ne peut reconnaître comme cause qu'une esquille osseuse, un corps étranger, ou alors un épanchement sanguin dans les deux premiers cas, et, Sanson l'avait déjà remarqué, la production des symptômes est instantanée et ils atteignent immédiatement leur maximum. Du reste, les signes physiques et les commémoratifs viennent encore aider au diagnostic. L'existence du *freie intervall* est un signe d'épanchement sanguin intracranien, mais cela ne veut pas dire que tout épanchement sanguin intracranien s'accompagnera du *freie intervall*.

En effet, il peut arriver que le sang s'accumule assez rapidement au niveau de centres importants pour amener immédiatement ou presque immédiatement la production du syndrome compression cérébrale.

Outre ce signe, le malade présentait les symptômes classiques de la compression avec compression cérébrale.

C'était d'abord le coma absolu sans paralysie vraie, ce qui est assez rare, car, dans la plupart des cas, on a signalé de l'hémiplégie. L'absence de ce symptôme est ici assez étonnante car la plus grande partie des centres moteurs était comprimée et cependant il n'y avait que de la parésie, le malade remuant ses membres lentement lorsqu'on les piquait. La respiration stertoreuse se rapprochait, au point de vue de son rythme du type que Ducret a décrit suivant ses expériences sur le chien : une ou deux inspirations avortées suivies d'une inspiration lente et suivie elle-même d'une inspiration prolongée.

Ajoutons la mydriase énorme du côté gauche, par conséquent, du côté de l'épanchement et l'absence de réaction cornéenne au toucher signalée par Duret comme un excellent signe pour apprécier la compression cérébrale. Notre malade avait aussi présenté de l'incontinence des urines et des matières fécales indiquant une commotion interne.

Au point de vue anatomique, bien que nous n'ayons pu retrouver la source de l'hémorrhagie, il n'en est pas moins intéressant de constater combien toutes les autopsies d'épanchement sanguin, extra dure-mérien se ressemblent.

Le caillot, en effet, ne peut augmenter à l'infini puisque pour une pression cardiaque toujours la même, celle que le sang a à vaincre, augmente constamment grâce à la résistance opposée par l'encéphale, et le liquide céphalo-rachidien d'un côté, par la dure-mère de l'autre. Celle-ci ne peut, en effet, être décollée que sur une certaine étendue à limites à peu près fixes et bien connue actuellement sous le nom de *zone décollable*. Le décollement, d'ailleurs, d'après Duret, se fait en grande partie au moment du choc. « Lorsque le cône de dépression amené par le choc se forme, la dure-mère suit la paroi creuse dans son déplacement, mais

parfois elle l'abandonne au moment du relèvement. car la lame osseuse est plus élastique. » G. Marchant a démontré que pour achever ce décollement il fallait une pression de 12 à 15 centimètres de mercure. Dans ces conditions, on voit qu'il y a là un équilibre à atteindre entre ces diverses pressions ; une fois atteint le maximum des lésions de compression est produit.

Il y a aussi à remarquer les lésions de contusion cérébrale qui existaient au pôle opposé du point de percussion. Duret a démontré que ces lésions étaient dues au déplacement du liquide céphalo-rachidien violemment refoulé au moment du choc.

Ces lésions ici peu marquées peuvent, au contraire, amener la destruction plus ou moins complète de grandes portions de l'encéphale. Aussi, à propos du traitement, ont-elles une importance considérable. C'est, en effet, en se basant sur leur existence que certains auteurs ont voulu proscrire toute intervention, disant qu'elle était inutile à cause de l'attrition concomitante susceptible, à elle seule, d'amener la mort. Mais, outre qu'il y a des cas où l'attrition est réduite à peu de chose, la trépanation faite aseptiquement est si peu grave et le bénéfice que le malade peut en retirer si considérable, que nous croyons que l'indication est d'intervenir. Ici, dans cette observation, une difficulté reparaît, car aucun signe ne permettait de diagnostiquer exactement l'endroit où s'était fait l'épanchement.

Dans des cas semblables, M. Marchant conseille « d'aller droit à l'épanchement le plus fréquent, celui de la fosse pariéto-temporale, pour mettre à nu le vaisseau le plus souvent lésé, c'est-à-dire la branche antérieure de la méningée ». De fait, si cette conduite avait été suivie dans le cas ci-dessus, on tombait en plein épanchement.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Albuminurie cyclique.

M. Tewes, élève du professeur Heubner, de Leipzig, publie un travail sur l'albuminurie cyclique, à l'occasion d'une observation personnelle.

Pavy a, le premier, donné un nom à ce type morbide, caractérisé principalement par des crises albuminuriques. Pendant ces crises, le malade ne présente de l'albumine que s'il est levé ; la nuit et le jour, s'il reste couché, l'albumine disparaît. Le rein reste sain et les urines ne renferment ni débris épithéliaux, ni sang, ni cylindres.

Le soir, l'urine, qui avait été fortement albumineuse dans la journée, ne contient plus d'albumine, même si le malade est resté levé.

L'observation de Tewes répond complètement à ce type. Un enfant d'une dizaine d'années avait présenté trois ans plus tôt, à la suite d'une atteinte de diphtérie, des symptômes rénaux et cardiaques. Deux ans et demi après, il eut la scarlatine, et son état resté précaire, depuis l'époque où il avait contracté la diphtérie, s'aggrava encore. Il fut admis à la clinique de Heubner.

Jamais l'urine de la nuit ne contenait d'albumine. Il en était de même, lorsque l'enfant restait couché, de l'urine du jour — mais l'urine de la journée ne contenait pas toujours de l'albumine. — Si l'enfant restait tranquille, sans jouer ni se fatiguer, l'albumine n'apparaissait pas. Il suffisait de lui demander quelques mouvements fatigants, comme ceux de la course, pour la faire réapparaître.

C'était environ quatre heures après le lever que l'on commençait à constater la présence de l'albumine. On avait grande chance de n'en pas trouver de la journée, si elle n'était pas apparue à ce moment.

La globuline n'existait pas : c'était uniquement à la sérine qu'on avait affaire. On ne put trouver ni cylindres, ni hématies, ni peptones. Notons que le traitement par les pilules de Blaud ont guéri l'enfant.

Sclérose latérale amyotrophique.

Charcot a donné son nom à la sclérose latérale amyotrophique. Telle qu'il la comprend, elle est caractérisée par l'affaiblissement graduel et progressif des muscles des extrémités, s'accompagne de contracture et d'atrophie des mêmes muscles. La sensibilité reste intacte. Les troubles gagnent les muscles de proche en proche, sans léser les muscles sphinctériens. Quand les muscles relevant de l'innervation bulbaire viennent à être pris, la fin est proche.

Au point de vue anatomo-pathologique, ce qui caractérise la sclérose latérale amyotrophique, c'est la sclérose primitive des cordons antérolatéraux et des faisceaux pyramidaux.

Cette distribution anatomique a été combattue par **Leyden**. Pour lui, la sclérose latérale amyotrophique fait partie de l'atrophie musculaire progressive, que celle-ci soit confinée à la moelle, ou qu'elle envahisse les régions supérieures, sous forme de paralysie labioglosso-laryngée et de poliencéphalite de Vernicke.

Il n'existerait pas, en un mot, de sclérose primitive des cordons latéraux.

M. Senator présenta, le mois dernier, à la Société de médecine interne de Berlin, une observation qui semblerait venir à l'appui de la théorie de son collègue Leyden.

Une femme de 57 ans fut amenée dans le service de M. Senator pour des troubles prononcés de la fonction motrice. Elle présentait une paralysie avec contracture des quatre membres, avec prédominance des troubles à droite : l'atrophie, l'exagération des réflexes tendineux, la marche, tout était classique ; c'était bien une sclérose latérale amyotrophique.

L'affection remontait à sept ans par le membre inférieur gauche. La sensibilité était restée intacte. Jamais les réservoirs n'avaient été touchés.

Lors de son entrée, la contracture avait déjà atteint la face : de sorte que la bouche restait fermée, les lèvres serrées. La malade restait assise, les coudes collés au tronc, les mains croisées.

Quatre mois plus tard, la malade mourait. L'autopsie présenta un grand intérêt.

La partie supérieure de la moelle jusqu'à la deuxième vertèbre dorsale était fort atteinte dans ses cornes antérieures. Là, les cellules ganglionnaires avaient subi une atrophie accentuée. Plus bas, on les retrouvait normales. Entre les deux renflements, c'est-à-dire surtout à la région dorsale, on trouva les vaisseaux fort dilatés et, dans toute la substance nerveuse grise et blanche, de petits foyers hémorrhagiques de date récente. Un peu d'atrophie des racines antérieures ; mais les cordons latéraux n'étaient nullement sclérosés.

Il semble donc évident, fait remarquer Senator, que le type de Charcot est purement clinique et ne répond pas à une entité anatomo-pathologique. Aussi la dénomination de l'affection lui semble-t-elle défectueuse et il propose de l'appeler paralysie atrophique spastique.

M. Oppenheim s'est fait, dans la discussion, le défenseur de la théorie de Charcot. Il relève, en effet, dans l'observation de son collègue, l'absence de la réaction de dégénérescence, qui au contraire s'observe toujours dans la sclérose latérale amyotrophique vraie. De plus M. Senator n'a examiné ni le bulbe ni le cerveau de sa malade : peut-être y aurait-il trouvé un motif pour faire varier son opinion.

M. Leyden voit surtout dans l'observation de Senator l'absence de sclérose des cordons latéraux. Il nie en effet la sclérose primitive des cordons latéraux affirmée hypothétiquement.

La malade de Senator présentait des contractures sans lésions

de la substance blanche ; aussi peut-on admettre que l'interruption en un point quelconque, ici c'est la substance grise (cellules des cornes antérieures), des conducteurs intermédiaires à l'encéphale et aux muscles suffit à déterminer la contracture. La contracture se montrera comme se montrent l'exagération des réflexes tendineux, la trépidation épileptoïde.

L'atrophie musculaire, qui fait partie du syndrôme de Charcot, est le résultat de lésions pouvant occuper un point quelconque des régions antérieurs de l'axe médullaire.

REVUE DES JOURNAUX

Maladies infectieuses.

Étude expérimentale de la dysenterie ou entéro-colite endémique d'Extrême-Orient et des abcès du foie d'origine dysentérique, par M. Calmette. (*Archives de médecine navale et coloniale*, n° 11-1893.)

Les germes de la dysenterie et de la diarrhée endémique seraient universellement répandus. On est à se demander à quoi, dès lors, ils doivent leur virulence anormale ou leur spécificité particulière à certains pays tropicaux. Il est probable que, dès longtemps, ils ont trouvé dans ces contrées un milieu de prédilection avec ses conditions météoriques et telluriques plus favorables dont l'étude échappe.

D'ailleurs, les facteurs étiologiques de la dysenterie sont trop complexes pour que l'on puisse prétendre les passer tous au crible de l'expérimentation. Les données positives que celle-ci fournit n'affranchissent pas de la nécessité d'invoquer d'autres influences plus ou moins mystérieuses pour expliquer l'individualisme morbide et les variétés d'évolution de la maladie suivant les temps et suivant les lieux.

Parmi ces influences auxquelles on donne le nom de *causes secondes*, il est certain que la *température élevée* joue un rôle prépondérant, car c'est à elle que se rapportent ces tendances aux congestions passives du foie et ces troubles digestifs qui préparent la voie à l'infection.

Toutefois, ce facteur n'est pas indispensable : on assiste de temps à autre, en Europe, à des explosions épidémiques de dysenterie dont la gravité est presque aussi grande que celle des pays chauds. Le bacille pyocyanique n'est peut-être pas étranger à leur genèse. Maggiora, en effet, l'a isolé en 1891 à Turin des selles de 20 malades gravement atteints et l'auteur l'a constaté dans tous les cas sauf un seul de dysenterie mortelle, compliqués ou non d'abcès du foie, où il existait quelquefois presque à l'état pur non seulement dans l'intestin des dysentériques, mais jusque dans le sang. On le rencontre aussi dans les salles de presque tous les malades, dysentériques ou diarrhéiques graves, tandis que M. Calmette ne l'a *jamais* trouvé chez les individus sains, européens ou indigènes.

Il ne s'ensuit nullement que d'autres microbes ou que des parasites d'ordre plus élevé, comme les amibes de Kartulis, ne puissent produire ailleurs la même maladie avec les mêmes caractères. Le fait est en tous cas bien possible. Mais puisque l'expérimentation sur les animaux a montré à l'auteur que seul ou associé aux streptocoques, le bacille pyocyanique issu de semences provenant d'un intestin ulcéré produit des lésions typiques de dysenterie, il est légitime de le considérer comme capable de déterminer les mêmes effets nocifs chez l'homme.

Il faut donc nous armer contre lui et lutter d'autant plus vigoureusement contre son invasion que nous sommes prévenus des dangers que fait courir aux malades l'absorption des *toxiques* qu'il sécrète dans leur intestin

Son véhicule habituel, M. Calmette a pu maintes fois le constater, est l'eau de boisson. L'usage des filtres Chamberland mérite d'être généralisé dans tous les foyers endémiques. Déjà très répandus dans la colonie, ces instruments ont réduit, dans une large proportion, le nombre de cas de diarrhée et de dysenterie chez les Européens ; il serait facile de supprimer tout à fait cette cause de morbidité, dit l'auteur, si l'administration locale et l'autorité militaire l'astreignaient à multiplier dans chaque poste les réservoirs d'eau pure, de manière qu'Européens et indigènes pussent en faire un usage exclusif.

C. A.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mai. — Présidence de M. Jules Rochard.

Pathogénie de la dernière épidémie de fièvre typhoïde.

M. Bucquoy. — La cause première de la récente épidémie de fièvre typhoïde, qui a sévi à Sens et à Paris, doit être rapportée à une épidémie de la même affection qui a régné à Rigny-le-Ferron, hameau situé sur la haute Vanne, pendant l'hiver 1892-1893. A cet endroit, les eaux de la Vanne sont recueillies par des drains et mélangées à celles de l'aqueduc principal. L'explication de la contamination tardive de la Vanne, infectée en janvier 1894, ressort du régime hydrologique de 1893. Pendant l'été de cette année, il n'a pas plu et les germes, par conséquent, n'ont pas été entraînés. Pendant l'automne, également sec, on s'est livré à l'épandage des fumiers dans la région. Le 14 janvier 1894, la pluie survient brusquement, entraîne les germes et trois semaines plus tard, durée habituelle de l'incubation de la fièvre typhoïde, l'épidémie éclate à Sens. La source de cette épidémie est bien l'eau de la Vanne, car le faubourg Saint-Paul, le seul de Sens qui ne reçoive pas de cette eau, est resté indemne.

M. Bucquoy conclut en formulant un projet de vœu ayant pour but de protéger, à leur origine, les sources qui fournissent Paris d'eau potable.

Sur les observations de MM. Brouardel et Vallin, qui font remarquer que des vœux analogues ont été déjà formulés par MM. Dujardin-Beaumetz et Gautier, l'Académie renvoie à la prochaine séance la discussion et le vote de ce vœu.

Prothèse laryngo-trachéale.

M. Péan présente une malade à laquelle il fit, en 1890, une thyroïdectomie pour une hypertrophie bénigne. La tumeur ayant récidivé plus tard, sous forme maligne, son extirpation nécessita l'ablation du cartilage cricoïde et de cinq anneaux de la trachée. A la suite de cette opération, qui date déjà de 16 mois, la phonation est devenue impossible.

M. Krauss a construit un appareil prothétique, qui a rendu à la malade la facilité de parler assez distinctement pour se faire comprendre.

Cure radicale des hernies ombilicales.

M. J. Bœckel, de Strasbourg, a pratiqué 15 cures radicales de hernie ombilicale, dont 5 pour des hernies étranglées.

2 cas ont été opérés par la cure ancienne (sans suture de l'anneau) : une éventration consécutive, une guérison.

Sur 6 cas opérés par la méthode de M. Lucas-Championnière (suture de l'anneau) : 5 guérisons définitives ; une récidive au bout de cinq ans. 3 cas traités par l'omphalectomie ont donné une guérison définitive. Comme conclusions :

1° La cure radicale de la hernie ombilicale non étranglée est une opération peu grave (Mortalité, 1.3 0/0) ;

2° Quand la hernie est étranglée, le pronostic est plus grave

(28.1 0/0) de mortalité). La cure radicale s'impose toujours dans ce genre de hernie, l'étranglement y survenant presque fatalement;

3° Les résultats sont meilleurs dans les petites que dans les grosses hernies pour lesquelles, cependant, l'opération est toujours avantageuse;

4° L'omphalectomie (méthode de M. Le Dentu), n'ayant pas donné de récidives jusqu'à ce jour, est l'opération de choix.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Empis, sur les titres des candidats associés nationaux.

Voici la liste de classement :

1re ligne : M. Rollet (de Lyon);

2e ligne, *ex-æquo* : MM. Renaut (de Lyon) ; Zambaco-Pacha (de Constantinople).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 avril.

Sur la formation de l'urée dans le foie.

M. Charles Richet. — M. Kauffman, à la suite d'un certain nombre d'expériences, a admis que le foie joue le principal rôle dans la formation de l'urée. J'ai dosé l'urée dans un foie, immédiatement après la mort, et, quatre heures après, le second dosage a été plus fort que le premier.

Le foie paraît donc bien être, pendant la vie, le lieu de formation de l'urée.

M. Chauveau. — La production de l'urée *post mortem* pourrait être due à la transformation de substances incomplètement oxydées, existant préalablement dans le foie. Ce serait là un phénomène analogue à celui signalé par Cl Bernard pour le sucre.

M. Laborde. — On ne peut conclure de ces expériences que le foie soit le seul lieu de la formation d'urée.

M. Richet. — Quoi qu'il en soit, il est évident que le foie a une action prépondérante.

De l'électrocution.

M. d'Arsonval raconte l'histoire d'un employé de chemin de fer, foudroyé accidentellement par un courant alternatif de 5,000 volts. Cet employé, en état complet de mort apparente et secouru seulement 40 minutes après l'accident, fut rappelé à la vie par des manœuvres de respiration artificielle, et les tractions de la langue suivant le procédé de M. Laborde.

Ce cas corrobore des expériences faites sur des animaux placés dans des conditions analogues.

M. Laborde croit que le rappel à la vie doit être plutôt attribué aux tractions rythmées de la langue, qu'aux manœuvres de respiration artificielle. Il rappelle qu'aux environs de Genève, sur 2 ouvriers foudroyés par un courant de 2,000 volts dans des conditions identiques, un seul d'entre eux, qui avait été soumis à des tractions rythmées de la langue, à l'exclusion de l'autre, fut ramené à la vie.

Pathogénie du mal de montagne.

M. Regnard relate des expériences qui tendent à prouver que le mal des montagnes doit être attribué, d'une part, à la raréfaction de l'oxygène de l'air; d'autre part, à la consommation plus grande de ce gaz, que font les touristes inexpérimentés. Les guides jouissent, en effet, d'une immunité constante.

Bactériologie de l'éclampsie.

MM. Bar et Rénon ont pu examiner, dans trois cas d'éclampsie puerpérale, le foie immédiatement après la mort.

Dans le premier cas, après ensemencement : culture de staphylocoques blancs et dorés, il y avait endocardite végétante concomitante, dont les végétations contenaient de nombreux staphylocoques. Dans les deux autres cas, les cultures restèrent stériles. Dans les trois cas, la toxicité du sérum sanguin était considérable : 3-4-5 centimètres cubes par kilogramme de lapin. La toxicité des urines, dans le premier cas, était de 45 centimètres cubes, et dans le troisième de 50 centimètres cubes par kilogramme.

On peut en déduire que l'éclampsie peut être l'effet d'états pathologiques divers.

Influence tératogène de certaines toxines microbiennes.

M. Féré a fait pénétrer, dans l'albumen d'œufs de poule en incubation, diverses toxines microbiennes. Dans les premiers essais, il n'a rien obtenu, mais avec de la pyocyanine préparée par M. Charrin, il a obtenu des effets tératogènes analogues à ceux produits par les alcools supérieurs. Les œufs témoins ont donné 4 0/0 de déformation et les œufs intoxiqués 58.33 0/0.

Mécanisme de la contusion cérébrale.

M. J. Braquehaye, avec le concours de M. Malbec, dans le laboratoire de M. Laborde, a enregistré le choc, par la méthode graphique. Il a observé différentes oscillations produites dans l'intérieur du crâne, sous l'influence des traumatismes.

M. Peyron. — Le meilleur médicament contre les accidents saturnins est une solution de monosulfure de sodium, à la dose de 0.40 centigr. par jour.

M. Dastre dépose, au nom de M. Lefevre, une note sur la résistance de l'organisme au froid.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mai. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Anesthésie par le bromure d'éthyle.

M. Segond, à titre de document, fait une communication sur 443 cas d'anesthésie par le bromure d'éthyle, dont 391 par le procédé mixte (bromure d'éthyle et chloroforme), et 52 par le bromure d'éthyle seul. Ces expériences ont été faites en participation avec M. Malherbe.

Les avantages de cette méthode, observés par M. Segond, sont les suivants :

1° La période d'excitation est réduite au minimum, au point même de disparaître parfois complètement, sauf cependant chez certains sujets prédisposés (hystériques-éthyliques, etc.).

2° Rapidité d'action. — Les malades sont pour ainsi dire sidérés. Il faut une minute au maximum pour obtenir la résolution complète dans les cas les plus défavorables.

3° Dans le cas où l'opération est longue, l'anesthésie chloroformique qui suit demande moins de chloroforme, que si on n'avait pas employé le bromure d'éthyle au début;

4° Enfin les vomissements ont été très rarement observés.

M. Bazy a employé dans son service de Bicêtre le bromure d'éthyle, qui y avait été importé par M. Brun. Il n'a eu qu'à s'en louer. Cependant, chez une femme à laquelle il faisait une dilatation de l'anus, il a observé des vomissements.

M. Monod n'a également qu'à se louer du procédé mixte qu'il a employé. Il lui reproche cependant de faire éprouver au malade, dans les premiers moments, une sensation de suffocation et d'angoisse, qui lui fait préférer le chloroforme.

M. Berger a fait les mêmes remarques dans l'administration du bromure d'éthyle pur, employé il y a huit ans.

Ce mode d'anesthésie, s'il est prolongé, paraît devenir dangereux et causer des vomissements. D'ailleurs, pour lui, les accidents qui surviennent dans la première période du chloroforme, et auquel on cherche à remédier par l'emploi initial du bromure d'éthyle, lui paraissent tenir à l'impureté du produit. Avec du chloroforme pur, il n'a jamais observé d'accidents au début. D'ailleurs, à avantages égaux, le procédé mixte est plus complexe, ce qui doit restreindre son usage.

M. Quénu. — Tous les accidents ne sont pas imputables au mauvais chloroforme, car on en a observé après l'absorption de 4, 5 ou

6 gouttes. Il a observé un cas d'accident avec du chloroforme, vérifié ensuite par M. Villejean, et reconnu absolument pur. Pour lui, il faut faire dans la genèse de ces accidents une large part à l'émotion et à l'effroi du malade, que l'on endort généralement dans la salle d'opération même. Il vaut mieux pratiquer l'anesthésie dans une pièce voisine. Telle est la conduite qu'il tient à Cochin, et il en a éprouvé les bons effets.

M. Delorme a observé des accidents légers avec du chloroforme ultérieurement reconnu pur et les mêmes accidents en pratiquant l'anesthésie avec du chloroforme dont la pureté ne faisait aucun doute.

M. Lucas-Championnière a remarqué une grande analogie entre l'anesthésie par le bromure d'éthyle et celle par l'éther. Toutes deux causent au début une agitation violente. Quant au procédé mixte, il n'a pas trouvé de différences notables avec l'anesthésie par le chloroforme pur. Il désirerait savoir quel bromure M. Segond a employé et quel en fut le mode exact d'administration? A-t-il employé l'administration continue par petites quantités, comme le recommande M. Poitou-Duplessy. En somme, le procédé mixte lui paraît plus compliqué et pas meilleur. En outre, il a remarqué que, en anesthésie, la personne qui donne l'agent et la manière dont ce dernier est donné ont une grande importance.

M. Verneuil rappelle que la discussion de 1891, sur l'association des agents anesthésiques, ne lui fut pas favorable.

M. Segond a simplement voulu apporter un document à la question. Pour lui, l'irritation bronchique n'est pas une contre-indication. Les inconvénients du procédé sont l'odeur désagréable du produit, inconvénient minime, l'angoisse du moment de la sidération, angoisse que l'on peut atténuer en habituant le malade à l'odeur. C'est d'ailleurs ainsi qu'il procède : il verse sur la compresse une quantité de bromure d'éthyle, formant une tache de la dimension d'une pièce de cinq francs, puis, dès que le malade est un peu habitué à l'odeur, il lui applique sur la bouche la compresse largement imbibée. C'est alors que se montrent les avantages du procédé, car le sommeil survient avec une rapidité extrême. Quant au produit, il l'a pris chez un pharmacien qu'il avait averti du danger qu'il y aurait à livrer un produit impur.

Entérectomie et anus contre nature.

M. Verneuil, à propos de la discussion qui eut lieu dans la dernière séance, sur la valeur comparative du traitement de la hernie étranglée, quand la réduction de l'anse herniée est impossible par l'entérectomie suivie d'entérorraphie ou l'anus contre nature, déclare qu'il s'associe aux conclusions de la Société. Cependant, il ne peut partager entièrement les opinions de M. Chaput, quant à la gravité comparée de ces deux opérations. M. Chaput donne, d'après des statistiques étrangères, une mortalité moyenne de 80 0/0 pour l'anus contre nature, et de 40 0/0 environ pour l'entérorraphie. Ces chiffres ne correspondent pas à ce que M. Verneuil a observé dans sa carrière chirurgicale. Pour lui, l'entérectomie n'est pas une opération praticable pour un médecin de campagne. Elle ne doit pas être tentée quand le malade est dans le collapsus avec hypothermie.

Tout le monde sait, en effet, que dans les interventions chirurgicales la longueur de l'opération est un facteur de gravité. Or, l'entérorraphie est une opération longue. Ce qui a pu charger la statistique de l'anus contre nature, c'est qu'on réserve pour cette opération les cas désespérés. En outre, souvent, cette opération est mal faite. Il ne faut pas manipuler l'intestin et le péritoine remplis de microbes et les réduire ensuite dans l'abdomen (ce qui est inévitable dans l'entérorraphie), mais au contraire débrider au thermo-cautère, passer, à l'exemple des anciens, un fil dans le mésentère, puis fixer mollement l'intestin. En outre, M. Verneuil s'est toujours bien trouvé de pulvérisations phéniquées pratiquées sur la région après l'opération. Il ne faut pas négliger non plus les soins post-opératoires destinés à relever l'état du malade. Ainsi pratiqué, l'anus contre nature est une opération facile, brève, à la portée des plus modestes praticiens, et d'un pronostic qui est loin d'être aussi noir qu'a bien voulu le dire M. Chaput.

M. Rigal fait une communication sur un cas d'appendicite avec pérityphlite traitée par la résection de l'appendice et suivie de guérison.

R. Marmasse.

ACTES DE LA FACULTÉ
DU 7 AU 12 MAI 1894

A. — Examens

Lundi 7 mai, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique:* MM. Farabeuf, Nicaise et Poirier. — 2e (Oral, Première partie), 1re série: MM. Terrier, Sebileau et Gaucher. — 2e (Oral, Première partie), 2e série: MM. Ricard, Lejars et Retterer. — 3e (Deuxième partie): MM. Fournier, Straus et Déjerine. — Suppléants: MM. Baillon et Jalaguier. — 5e (Première partie, Chirurgie, Hôtel-Dieu): MM. Tillaux, Tuffier et Delbet. — 5e (Deuxième partie, Hôtel-Dieu): MM. Potain, Hayem et Chauffard. — Suppléants: MM. Landouzy et Brissand. — 5e (Première partie, Obstétrique, Clinique Baudelocque): MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes et Varnier. — Suppléant: M. Marie.

Mardi 8 mai, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique:* MM. Mathias Duval, Rémy et Poirier. — 2e (Oral, Première partie), 1re série: MM. Le Dentu, Nélaton et Albarran. — 2e (Oral, Première partie), 2e série: MM. Duplay, Richelot et Quénu. — 4e: MM. Proust, Pouchet et Gilbert. — Suppléants: MM. Panas et Gley. — 5e (Première partie, Chirurgie, Charité): MM. Guyon, Humbert et Brun. — 5e (Deuxième partie, Charité), 1re série: MM. Laboulbène, Dieulafoy et Roger. — 5e (Deuxième partie, Charité), 2e série: MM. Cornil, Marfan et Charrin. — Suppléants: MM. Chantemesse et Schwartz. — 5e (Première partie, Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas): MM. Tarnier, Maygrier et Bar. — Suppléant: M. Ménétrier.

Mercredi 9 mai, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique:* MM. Terrier, Lejars et Poirier. — 2e (Oral, Première partie), 1re série: MM. Farabeuf, Jalaguier et Retterer. — 2e (Oral, Première partie), 2e série: MM. Hayem, Ricard et Sebileau. — 3e (Deuxième partie): MM. Grancher, Landouzy et Chauffard. — Suppléants: MM. Fournier et André.

Jeudi 10 mai, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique:* MM. Panas, Humbert et Albarran. — 2e (Oral, Première partie), 1re série: MM. Mathias Duval, Gley et Poirier. — 3e (Oral, Première partie), 2e série: MM. Cornil, Richelot et Rémy. — 3e (Oral, Première partie), 1re série: MM. Tarnier. Le Dentu et Nélaton. — 3e (Oral, Première partie), 2e série: MM. Guyon, Bar et Schwartz. — 3e (Oral, Première partie), 3e série: MM. Duplay, Maygrier et Brun. — 3e (Deuxième partie): MM. Joffroy, Letulle et Charrin. — Suppléants: MM. Cornil et Netter.

Vendredi 11 mai, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique:* MM. Tillaux, Jalaguier et Sebileau. — 2e (Oral, Première partie), 1re série: MM. Farabeuf, Lejars et Déjerine. — 2e (Oral, Première partie), 2e série: MM. Nicaise, Retterer et Poirier. — 4e: MM. Ponchet, Landouzy et Netter. — Suppléants: MM. Grancher et Déjerine. — 5e (Première partie, Chirurgie, Charité): MM. Terrier, Ricard et Tuffier. — 5e (Deuxième partie, Charité): MM. Potain, Straus et Gaucher. — Suppléants: MM. Hayem et Delbet. — 5e (Première partie, Obstétrique, Clinique Baudelocque): MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes et Varnier. — Suppléant: M. Chauffard.

Samedi 12 mai, à 1 heure. — *Médeci e opératoire, épreuve pratique:* MM. Richelot, Quenu et Nélaton. — 2e (Oral, Première partie), 2e série: MM. Mathias Duval. Rémy et Farabeuf. — 3e (Oral, Première partie), 1re série: MM. Duplay, Schwartz et Bar. — 3e (Oral, Première partie), 2e série: MM. Le Dentu, Maygrier et Albarran. — Suppléants: MM. Joffroy et Gilbert. — 5e (Première partie, Chirurgie, Hôtel-Dieu): MM. Panas, Humbert et Brun. — 5e (Deuxième partie, Hôtel-Dieu), 1re série: MM. Cornil, Ballet et Letulle. — 5e (Deuxième partie, Hôtel-Dieu), 2e série: MM. Dieulafoy, Chantemesse et Charrin. — Suppléants: MM. Laboulbène et Marfan.

B. — Thèses

Mercredi 9 mai, à 1 heure. — *M. Jay*: Des injections intratrachéales de menthol dans la tuberculose pulmonaire; MM. Potain, Straus, Marie et Gaucher. — *M. Jouilleau*: Troubles fonctionnels cardiaques d'origine gastro-hépatique; MM. Potain, Straus, Marie et Gaucher. — *M. Loridant*: Contribution à l'étude du traitement indirect des salpingites;

65e Année. 9e Série. Tome I — No 19 — 12 Mai 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Anomalies et complications de la rougeole.

Par le Dr CH. FIESSINGER (d'Oyonnax).

Les 800 rougeoles que nous avons été appelé à soigner depuis quelques années (1) nous ont permis de relever un certain nombre de faits intéressants. La contagion s'est, en général, exercée pendant la période d'invasion et a été directe dans tous les cas, sauf un. Une substance inerte a joué le rôle d'agent contagieux dans cette observation. En août 1889, deux enfants avaient la rougeole. Leur mère accouchait d'un petit garçon huit jours après la guérison de ses aînés. Or, ce nourrisson prenait la rougeole 4 mois plus tard, le 15 décembre, alors que depuis longtemps toute trace de cette maladie avait disparu de la localité. La rougeole du nourrisson fut classique, avec fièvre, coryza, toux, exanthème ; l'intermédiaire contagieux avait été une couche de coton qui, placée 4 mois auparavant sur la poitrine des frères aînés, tandis qu'ils avaient la rougeole, fut ensuite conservée avec soin dans une armoire et placée sur la poitrine du nourrisson au commencement de décembre. Quinze jours après l'enroulement dans le coton contaminé, la maladie se déclarait.

Relativement aux symptômes, il nous paraît utile d'insister sur quelques particularités. Dès 1889, nous avions démenti l'assertion de Grisolle que la dentition aggrave le pronostic de la rougeole (1). Trois circonstances, avons-nous dit, peuvent se présenter : 1° pendant que la rougeole suit sa marche normale, les parents s'aperçoivent avec étonnement de la sortie d'une dent ; 2° l'éruption de rougeole terminée, la fièvre persiste ; l'enfant a de la bronchite et de la diarrhée, et ces symptômes disparaissent peu de temps après l'éruption d'une ou de plusieurs dents ; 3° l'éruption dentaire s'est faite. Les symptômes s'aggravent néanmoins et entraînent la mort.

Conclusion : le pronostic de la rougeole n'est pas influencé par la dentition. Dans les trois quarts des observations (75 0/0), l'éruption se fait du troisième au cinquième jour ; sa date d'apparition peut être reculée jusqu'au sixième ou septième, bien plus rarement jusqu'au huitième et neuvième jour. Par contre, l'éruption est parfois précoce ; elle s'est montrée le premier jour chez un enfant en convalescence de grippe endémique.

On sait que l'exanthème morbilleux débute par la face ; par exception, nous l'avons vu se développer sur le corps en premier lieu.

Sur quatre enfants, nous avons relevé une éruption d'urticaire ; les éléments ortiés forment des élevures blanches, aplaties, cerclées d'une auréole rouge ; ces élevures s'aperçoivent sur le dos, les lombes, les membres inférieurs. Elles surgissent la veille ou l'avant-veille de l'exanthème morbilleux et s'affaissent avec son apparition ; chez une petite fille de 6 ans, les deux éruptions de rougeole et d'urticaire ont, au contraire, été simultanées, la rougeole s'attribuant la face, tandis que l'urticaire s'étendait pour quelques heures sur le dos, les reins, les cuisses, et s'effaçait rapidement devant le développement de l'exanthème morbilleux. L'éruption ortiée qui précède la rougeole est, en général, peu prurigineuse ; les enfants ne s'en plaignent pas et ne se grattent pas. Ce caractère de prurit n'a été très accusé que chez un nourrisson de 10 mois ; seulement l'urticaire, au lieu d'annoncer la rougeole, lui avait fait suite, et l'éruption ortiée tardait jusqu'au 20 août, les premiers symptômes de rougeole ayant été constatés dès le 11 du même mois. Le rash ortié de la rougeole a été étudié par MM. Surmont (2) et Talamon (3).

La température ne nous offre en général aucune déviation du type habituel : chez deux malades seulement, au lieu d'augmenter avec la sortie de l'exanthème, la fièvre a

(1) La rougeole à Oyonnax. — In *Rapport général sur les Epidémies*, par le professeur Bouchard. 1891. p. 30.

(1) *De l'influence de la première dentition sur la marche de la rougeole.* (*Gaz. médic.*, 19 octobre 1889.)

(2) SURMONT : Rash. Société de méd. du Nord, 1891.

(3) TALAMON : *Méd. mod.*, 1890, p. 783.

baissé à ce moment et est tombée au degré normal. Quant à la rémission fébrile du deuxième et troisième jour de la rougeole (Sevestre), ce n'est pas là, comme on le croit généralement, un signe suffisant pour permettre le diagnostic différentiel avec la grippe. Nous avons signalé pareille rémission dans la grippe endémique (1).

Au cours de la maladie, les hémorrhagies sont fréquentes : outre les épistaxis, nous avons eu à traiter des crachements et vomissements de sang que présentait, en dehors de toute complication pulmonaire et sans épistaxis antérieur, un garçon de 11 ans en pleine éruption morbilleuse. Nous avons également donné nos soins à un enfant de 4 ans 1/2 pour une hémorrhagie de l'oreille droite survenue le cinquième jour de la rougeole.

Mais ce sont là accidents de peu d'importance et qui ne sont pas à comparer comme gravité à ceux qui atteignent les voies respiratoires, et, chez les enfants très jeunes, le tube digestif.

Souvent la prolongation de la rougeole est due à une bronchite; des râles humides localisés à la base et en arrière des poumons s'accompagnent d'une dyspnée plus ou moins forte. La diarrhée s'installe à côté de la bronchite ; la fièvre persiste aux environs de 39°.

Ici se place un petit détail de pratique dont la connaissance n'est pas indifférente au jeune médecin. La ligne de démarcation entre les bronchites simples et les bronchites capillaires n'est pas toujours nettement tracée. En pleine épidémie de rougeole, alors qu'il est surmené du matin au soir, le médecin peut avoir de la tendance à n'accorder qu'une valeur restreinte aux signes de bronchite qu'il note sur ses petits malades. Il rassure la famille et voici que la bronchite s'étend : la dyspnée augmente et la mort survient quelques jours après le pronostic favorable.

A vrai dire, les signes stéthoscopiques de la bronchite capillaire morbilleuse manquent souvent de netteté. La submatité et la respiration soufflée, indices des congestions ou hépatisations pulmonaires concomitantes, peuvent faire défaut. La sonorité des poumons reste normale. La raison de cette absence de signes stéthoscopiques dépendra de l'une des deux causes suivantes : 1° ou bien, dit M. Cadet de Gassicourt (2), les lésions sont si peu étendues ou si profondes, elles se présentent sous forme de noyaux si disséminés, ou sont séparées de la paroi thoracique par une telle épaisseur de tissu pulmonaire sain, qu'elles ne sont accessibles ni au doigt, ni à l'oreille et que les signes physiques restent muets ; 2° ou bien les lésions bronchiques sont réellement très limitées et l'autopsie démontre qu'on ne peut raisonnablement leur attribuer la dyspnée et l'élévation thermique constatées pendant la vie. Il s'agit en ce cas d'accidents d'ordre toxique, d'une véritable septicémie médicale, dont le streptocoque est l'agent habituel (Hutinel et Claisse) (3).

En tout état de cause, le praticien se tiendra sur ses gardes. Plus d'une clientèle médicale est ébranlée par les erreurs de pronostic commises au cours d'une épidémie de rougeole.

(1) *La grippe endémique* (*Sem. méd.*, 4 février 1893.)

(2) Cadet de Gassicourt : *Traité clinique des maladies de l'enfance.* T. I, p. 225.

(3) Hutinel et Claissé : *Note sur une forme subaiguë de septicémie médicale.* (*Revue de Médecine*, 1893, p. 353.)

Si la mort par bronchite capillaire ou broncho-pneumonie est habituellement rapide ; si les enfants succombent au bout de quelques jours au milieu de symptômes asphyxiques, il n'en est pas toujours ainsi. La terminaison fatale de la complication pulmonaire peut ne se produire qu'après plusieurs semaines.

Il s'agit alors d'enfants plus âgés, de 6 à 8 ans, qui voient leur maladie coupée de rémissions fébriles plus ou moins nombreuses, mais peu durables. Les râles sous-crépitants fins abondent dans les bronches; les accès d'oppression se répètent et la mort arrive dans un véritable état de marasme, avec urines et selles involontaires, eschares sacrées, infiltration des extrémités. La tuberculose intervient-elle dans cette forme traînante de la bronchite morbilleuse? L'absence d'autopsie ne nous permet pas de conclure.

La bronchite capillaire et la broncho-pneumonie de la rougeole sont curieuses au point de vue épidémiologique. L'une et l'autre ne se manifestent guère au début des épidémies et se montrent peu dans les villages à population clairsemée, où les morbilleux ne se comptent pas par centaines. Lors de l'épidémie de 1889, les 150 premières rougeoles ont guéri à Oyonnax sans présenter aucune complication pulmonaire. Dans les cas où cette dernière a fait son entrée, cela n'a été que plus tard et dans une des trois conditions suivantes : 1° quand un enfant avait déjà ses frères et sœurs atteints de rougeole; 2° quand l'enfant couchait dans une alcôve ; 3° quand l'enfant était souffrant, soit qu'il eût été atteint d'une affection tuberculeuse antérieure ou qu'il eût été épuisé par une autre maladie.

Une fois déclarée, la bronchite capillaire est contagieuse, comme M. Bard l'avait déjà démontré en 1889 (1). Une enfant de 4 ans contracte, par exemple, la rougeole le 25 juillet et une bronchite capillaire le 3 août 1889; son petit frère du même âge qu'elle prend la rougeole le 3 août et une bronchite capillaire le 11 août. Tous deux succombent. Les deux sœurs aînées qui viennent de payer leur tribut à la rougeole trois semaines auparavant sont atteintes de coqueluche au milieu d'août. Nous ordonnons aussitôt l'isolement des fillettes. Il était trop tard. L'aînée mourait à la fin d'août, emportée par une broncho-pneumonie. Soit, dans une même famille, trois enfants décédés en moins d'un mois. La plupart des auteurs attribuent la pneumonie lobulaire de la rougeole à une infection secondaire. Comme nous l'avons fait pour les complications de la scarlatine (2), nous espérons démontrer plus tard que les complications pulmonaires de la rougeole sont justiciables d'une autre interprétation.

Parfois, c'est moins à la lésion pulmonaire qu'à l'intensité des troubles digestifs que semble être due la terminaison fatale. La diarrhée peut entraîner une prostration si rapide qu'elle tue le bébé dès les premières heures de l'infection avant même que l'éruption ait eu le temps d'apparaître; plus souvent, elle octroie un répit un peu plus long et attend, pour emporter le bébé, que l'éruption se soit étalée par le corps. Enfin il est des cas où l'on ne trouve nulle trace de complication bronchique ou digestive et où cependant la

(1) Bard : *Nature et prophylaxie de la broncho-pneumonie des rubéoliques.* (*Lyon Médic.*, 13 janvier 1889.)

(2) *Les éryt èmes scarlatinoïdes.* (*Sem. Médic.*, juillet 1893.)

mort est foudroyante. L'intensité de l'infection explique seule la soudaineté de la catastrophe.

L'enfant qui guérit de la rougeole n'a échappé qu'à une partie des accidents susceptibles d'entraîner la mort. Il lui reste à éviter toute une série de complications à longue échéance et qui ne pardonnent pas plus que celles dont nous venons de parler. L'adénopathie trachéo-bronchique et la méningite tuberculeuse sont les plus graves et les plus fréquentes de ces complications.

La mort par adénopathie trachéo-bronchique s'observe dans la convalescence de la rougeole, de quelques semaines à plusieurs mois après la guérison de la fièvre éruptive. Les enfants ont une toux coqueluchoïde, une voix rauque par compression du nerf récurrent, une dyspnée vive et accompagnée de tirage. Par intervalles, des accès d'oppression paroxystique amènent la cyanose de la face et font croire à la mort prochaine. La percussion donne de la matité en avant, au niveau de la première pièce du sternum. Les veines sous-cutanées de la région antéro-supérieure du thorax sont très dilatées; l'amaigrissement est rapide, l'inappétence complète. La face s'œdématie dans les derniers jours de l'existence. Ce tableau morbide peut être singulièrement raccourci par la mort subite consécutive à un accès de suffocation intercurrent.

La méningite tuberculeuse s'attaque avec une prédilection toute spéciale aux convalescents de rougeole; l'année qui suit une épidémie de rougeole est de 4 à 5 fois plus chargée de méningites tuberculeuses qu'une année ordinaire. La maladie cérébrale s'annonce de trois à quatre mois après la guérison; parfois, elle tarde un peu davantage. Les onze méningites tuberculeuses que nous avons soignées après l'épidémie de 1889 appartenaient à des enfants indemnes de tares héréditaires; la rougeole seule semblait pouvoir être invoquée comme ayant fourni un milieu de culture favorable au bacille de la tuberculose.

Consécutivement à la rougeole, la tuberculose envahit d'autres tissus que les ganglions bronchiques ou les méninges. Quatre mois après la rougeole, nous avons noté, chez un enfant de trois ans, les premiers signes d'un mal de Pott.

Si nous comptons 650 enfants guéris de la rougeole lors de l'épidémie de 1889 (dans notre nombre total de 800 sont compris les décès immédiats, les adultes et les rougeoles postérieures à 1889), nous voyons que ces 650 enfants ont donné un chiffre de 15 complications tuberculeuses dans l'année qui a suivi la rougeole. Ces 15 tuberculoses sont ainsi réparties : tuberculose des ganglions bronchiques, 3; méningite tuberculeuse, 11; mal de Pott, 1.

Cette proportion d'un peu plus de 2 0/0 de tuberculoses n'englobe pas la totalité des accidents dont est responsable la convalescence de la rougeole.

Les otites, kérato-conjonctivites, ulcères de la cornée, ces derniers pouvant entraîner la perte de l'œil quand ils ne sont pas soignés, figurent dans les suites ordinaires de la rougeole.

Nous avons traité deux complications plus rares : une paralysie infantile et une néphrite aiguë. La paralysie infantile a été observée sur un bébé de 9 mois, nourri au sein et sevré depuis une quinzaine de jours; un mois après la rougeole, dans l'espace de 36 heures, se paralysent complètement d'abord les membres inférieurs et, le lendemain, les bras; il y eut de l'atrophie musculaire considérable, et une abolition des réflexes tendineux; la guérison définitive s'effectua en deux mois (polynévrite probable en raison de la guérison radicale). La seconde complication a trait à une néphrite aiguë. Il s'agissait d'un garçon de 10 ans qui, 10 jours après la guérison de la rougeole, devint bouffi et urina de fortes quantités d'albumine. Quinze jours de régime lacté vinrent à bout de la lésion rénale. On n'ignore pas que, contrairement à la scarlatine, la rougeole n'est suivie d'anasarque que d'une façon très exceptionnelle.

Une des complications les plus discutées, qui puissent atteindre l'enfant en convalescence de rougeole, est encore la rougeole elle-même. Nous avons observé un exemple de rechute absolument démonstratif : une petite fille de 26 mois prend une rougeole classique le 3 août, elle guérit le 14 août. Le 15 août, l'enfant tousse et a la diarrhée; le 18 août, l'exanthème reparaît. Il est surtout prononcé sur le dos et les lombes et est moins marqué à la face, aux bras et aux membres inférieurs; après une durée de 3 jours, l'éruption rétrocède le 21 août et la guérison suit sans encombre. Guinon (1) rapporte plusieurs observations du même genre, tirées de la pratique de Sevestre, Kraus, etc. Assurément, il s'agit dans ces cas d'une seconde infection morbilleuse qui se montre après la guérison de la première.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Métrite du col. — Hersage et évidement du col chez les multipares.

Par M. le Dr R. Pichevin.

Soit que l'on se serve, suivant la recommandation d'Emmet, de la curette à dents d'acier de G. Thomas, soit que l'on emploie la herse de Doléris ou celle qui a été construite plus récemment sur mes indications, on n'obtient pas toujours de bons résultats dans le traitement de la métrite du col.

M. Bouilly a fait, l'an dernier, à la Société de Chirurgie, une intéressante communication sur l'endométrite cervicale des multipares. Voici ce qu'écrivait G. des Fontaines dans une thèse récente :

« M. Bouilly, frappé de la chronicité de l'endométrite cervicale glandulaire et de la résistance que cette affection oppose aux divers modes de traitement employés contre les autres formes d'endométrite, imagina un procédé nouveau qui répond à la double indication d'agrandir l'orifice utérin et de supprimer la muqueuse cervicale infectée. Dans la séance du 15 février dernier, à la Société de Chirurgie, il décrivit ce procédé que nous allons résumer d'après l'auteur lui-même.

L'utérus, après avoir été dilaté dans sa totalité pendant 48 heures, avec des tiges de laminaire, est abaissé à l'aide de la pince tire-balles, et est curetté comme à l'ordinaire. Le col lui-même est gratté à la curette, surtout latéralement. Deux pinces tire-balles sont placées, l'une sur la lèvre antérieure, l'autre sur la lèvre postérieure, de manière à tendre et à attirer les parties; l'orifice cervical dilaté par la laminaire permet de voir largement la muqueuse. Alors, avec le bistouri porté profondément au voisinage de l'orifice interne, au niveau de la jonction de la paroi inférieure et de la paroi latérale, on détache, à la face interne

(1) *Traité de Médecine :* Fièvres éruptives, par Guinon. T. II, p. 94.

du col, un petit lambeau rectangulaire, étendu d'une commissure à l'autre, et limité en bas par l'orifice externe, en haut par l'orifice interne.

Même manœuvre pour la lèvre supérieure. Il en résulte l'ablation de deux demi-gouttières se regardant par leur concavité, et l'orifice utérin se trouve agrandi. Le col se présente alors largement cruenté dans ses trois quarts inférieurs et supérieurs ; seules, les parties latérales, au niveau des commissures, sont respectées, de sorte que la muqueuse à ce niveau conservant ses caractères, mais modifiée par le curettage fait au préalable, conserve ses propriétés et ne permet pas la réunion angulaire des parties avivées. Cette bande de tissus muqueux de chaque côté prévient la réunion et le rétrécissement.

L'épaisseur des lambeaux excisés varie avec l'épaisseur même du col, elle ne doit jamais être moindre de 2 à 3 millimètres environ. Souvent, après l'ablation des lambeaux, M. Bouilly passe, sur les parties avivées, la curette tranchante, de façon à dilacérer et à ouvrir les culs-de-sac glandulaires qui auraient pu échapper au bistouri. Le pansement consiste dans l'attouchement de toute la cavité utérine avec un tampon de coton hydrophile imbibé de glycérine créosotée au tiers, et dans l'application à demeure, dans la cavité cervicale, d'une mèche de gaze iodoformée imbibée du même mélange. Cette mèche agit comme hémostatique et maintient béante la cavité du col. Enfin, tout le vagin est bourré de gaze iodoformée.

Ce premier pansement est laissé en place quarante-huit heures et est remplacé par un pansement semblable qui n'est plus renouvelé qu'au bout de trois ou quatre jours. A ce second pansement, on peut introduire dans le col une petite languette de gaze iodoformée, soit sèche, soit imbibée de glycérine créosotée, à seule fin de maintenir les parties avivées écartées, et de prolonger l'action antiseptique. Enfin, le pansement vaginal seul est renouvelé tous les quatre jours jusqu'au douzième ou quinzième jour. A ce moment, le col s'est reformé, il ne présente plus trace de l'opération, et la cavité utérine admet largement l'hystéromètre.

Comme accident immédiat, on peut observer quelquefois une hémorrhagie, au moment de l'avivement, mais le tamponnement intra-cervical suffit généralement à l'arrêter (1) : »

Des objections pouvaient être faites *a priori* à ce procédé. Mais n'y avait-il pas lieu d'accorder créance aux affirmations toujours si motivées de M. Bouilly ? Je pratiquai donc pour la première fois l'évidement du col quelques jours après la communication de ce gynécologiste à la Société de Chirurgie.

Je pus constater que la manœuvre opératoire n'était pas difficile, pourvu qu'on eût soin de dilater largement l'utérus. On peut mettre, la veille, une ou deux laminaires dans la matrice. Mais j'ai l'habitude de faire, au moment même de l'opération, une large dilatation avec le puissant instrument que M. Collin a bien voulu construire pour moi. Lorsque la cavité cervicale est bien ouverte, l'on peut aisément tailler deux longs lambeaux intra-cervicaux de forme toujours semblable, l'un antérieur et l'autre postérieur. Les parties latérales, respectées par le bistouri, ont été soumises au préalable à l'action de la herse et de ma curette-varlope.

Dans son excellente thèse, Des Fontaines signalait un accident survenu 48 heures après l'intervention. Dans ce cas, l'écoulement de sang avait été insignifiant pendant l'opération. Néanmoins, la cavité cervicale avait été soigneusement tamponnée. J'eus la malencontreuse idée, deux jours après, de tirer sur l'extrémité d'une gaze iodoformée sortie du col et confondue avec les gazes placées dans le vagin. Il en résulta une hémorrhagie grave.

Il est donc indispensable de faire un tamponnement serré de la cavité cervicale et de le laisser en place pendant une semaine. On obtient ainsi une hémostase qui depuis lors ne m'a jamais fait défaut.

On pouvait se demander si l'atrésie ne surviendrait pas à la suite de ces larges excisions.

Je viens de revoir deux malades que j'ai opérées depuis un an environ. Le résultat est idéal au point de vue de la forme. La perméabilité du canal cervico-utérin est parfaite. L'hystéromètre franchit aisément toute la traversée cervicale et dépasse l'orifice interne sans rencontrer d'obstacle.

M. Bouilly avait limité les indications de son opération à l'endométrite cervicale des nullipares. Je crois qu'il est possible d'étendre davantage, mais avec discrétion, le champ des indications très nettes posées avec beaucoup de sens clinique par cet auteur.

Certaines femmes, qui ont eu un et même plusieurs enfants, présentent un col légèrement éversé, sans ectropion marqué. La métrite n'a pas produit de grandes déformations cervicales. Dans ces conditions, j'ai pratiqué l'opération de Bouilly, en la modifiant un peu. Après avoir enlevé les deux lambeaux intra-cervicaux, j'ai excisé la portion de muqueuse cervicale éversée, qui avait échappé au bistouri. Le résultat obtenu a été excellent.

Il n'en reste pas moins certain que, dans *la très grande majorité des cas de ce genre*, c'est à l'opération de Schrœder qu'il faut s'adresser. Je suis un chaud partisan de cette opération. Je tenais simplement à constater que l'opération de Bouilly, opération simple, facile et rapide, pouvait rendre quelques services dans les cas légers de métrite chez les multipares. L'indication capitale est donc bien celle qui a été posée par M. Bouilly, lors de sa communication.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La créosote et le gaïacol dans le traitement de la tuberculose.

Par M. le Dr Ch. Amat.

La tuberculose est une maladie malheureusement si répandue qu'il n'est pas surprenant de constater que le nombre des procédés destinés à la combattre va croissant. Tout d'abord, il y a lieu d'établir deux catégories d'agents thérapeutiques, suivant que ceux-ci se rapportent au traitement général ou au traitement local.

Pour ce qui concerne le traitement général, le spécifique idéal serait celui qui réaliserait une de ces deux conditions : atteindre le germe, le fameux bacille dans l'intimité des tissus ; ou rendre l'organisme réfractaire à ce bacille. C'est dans ce dernier ordre d'idées qu'était guidé M. Koch, lorsqu'il mit au jour sa « tuberculine » ; on connaît le sort qui fut réservé à cette méthode de traitement de la tuberculose.

Les antiseptiques qui agissent sur le bacille de la tuberculose sont nombreux, à en juger par les expériences de laboratoire ; malheureusement, ils atteignent difficilement le bacille chez le malade ; là, en effet, le bacille échappe à l'action directe de l'antiseptique, soit parce qu'il est caché dans les profondeurs du tubercule, soit parce que l'antiseptique a une action coagulante qui entraîne la formation d'une gaîne protectrice autour du parasite. De plus, on sait

(1) L'opération, telle que la pratique M. Bouilly, a-t-elle été déjà faite ? Je ne le pense pas. Malgaigne, après avoir abaissé le col jusqu'à la vulve avec des pinces de Museux, avait raclé la face interne de l'utérus avec des bistouris courbés sur le plat. Cette intervention ne peut être comparée à celle que préconise M. Bouilly.

que le premier rôle des bacilles était d'oblitérer les ouvertures vasculaires, l'antiseptique ne peut guère arriver jusqu'à eux par la voie du courant sanguin.

Si décourageantes que soient ces constatations, les observations cliniques ont néanmoins démontré que quelques-uns de ces antiseptiques étaient pourvus d'une action réelle; au premier rang, il convient de citer la créosote et l'un de ses principaux constituants, le gaïacol.

Ces médicaments ont été administrés de différentes manières: par la voie stomacale, intestinale, pulmonaire et cutanée. Dans ces derniers temps on a surtout eu recours à la méthode des injections, méthode qui réunit de nombreux partisans.

Les tuberculeux réagissent d'une façon variable à l'action de la créosote. Dans une première catégorie de cas le médicament est parfaitement toléré; alors, les résultats sont excellents; dans une seconde catégorie, le médicament est encore parfaitement toléré, mais les résultats thérapeutiques sont médiocres ou nuls; cependant, même dans ces cas, la créosote est fort utile, puisqu'elle met les malades en état de résistance. A une troisième catégorie appartiennent les malades chez lesquels il y avait tout d'abord tolérance parfaite, puis ultérieurement intolérance progressive. Ce fait présage un pronostic fâcheux. Dans une quatrième catégorie enfin se trouvent les malades chez lesquels il y a intolérance dès le début du traitement, intolérance qui se manifeste par les signes suivants: persistance du goût de créosote dans la bouche, urines noires, sueurs profuses, sensation de refroidissement avec refroidissement réel ou au contraire avec fièvre intense. Dans tous ces cas le pronostic est des plus graves.

Le gaïacol donne les mêmes effets que la créosote; mais la dose tolérée est plus facile à établir, et ceci s'explique très bien par la considération suivante, que le gaïacol chimiquement pur est un principe défini, un corps unique, tandis que la créosote est un mélange de plusieurs corps, parmi lesquels quelques-uns sont doués d'une causticité et d'une toxicité beaucoup plus considérables. Aussi, quand la créosote n'est plus tolérée, le gaïacol peut-il rendre encore de réels services?

Pour l'administration de la créosote et du gaïacol par la voie cutanée, c'est-à-dire en injections hypodermiques, on dissout le plus souvent ce médicament dans une huile stérilisée, telles l'huile d'olive ou mieux l'huile d'amandes douces, qu'on aura préalablement débarrassées des acides gras qu'elles peuvent contenir. On sait, en effet, que toutes les huiles subissent rapidement, mais à des degrés divers, un commencement d'altération se traduisant par la production d'acides gras qui pourrait donner lieu à des accidents au cours de l'injection.

On lave donc l'huile, à deux reprises, avec de l'alcool fort, qui dissout les acides sans dissoudre sensiblement l'huile. Après séparation de la couche alcoolique on chauffe l'huile pour la débarrasser des dernières traces d'alcool. On fait enfin des mélanges en proportions voulues, c'est-à-dire aux titres suivants: un gramme de créosote ou de gaïacol pour quinze, dix, cinq d'huile. Les solutions faibles sont injectées avec des appareils spéciaux, à la dose de 30 à 50 grammes par jour; les solutions fortes se donnent toutes avec la seringue de Pravaz. Quelquefois on ajoute à la créosote ou au gaïacol de l'iodoforme ou de l'eucalyptol; la formule ci-dessous est à recommander: gaïacol, 0 gr. 05 centigrammes; iodoforme, 0 gr. 01 centigr.; huile stérilisée, quantité suffisante pour 1 centimètre cube.

La tolérance des médicaments dépend du malade, de la période de son affection et beaucoup de l'agent thérapeutique lui-même. La question de pureté du gaïacol et de la préparation de la créosote est d'une importance majeure que je me serais fait un reproche de ne pas signaler avant de terminer le présent article.

Si la créosote et le gaïacol ne sont pas des panacées, ce sont cependant des médicaments précieux appelés à rendre et qui rendent tous les jours les plus signalés services dans le traitement de la tuberculose.

A L'ÉTRANGER

La Chirurgie au Congrès de Rome.

Le Congrès de Rome a été fertile en communications de toutes sortes et, dans toutes les branches des sciences médicales, nous sommes fiers et heureux de trouver au premier rang les travaux de l'Ecole française. Nous nous bornerons à analyser l'ensemble des communications faites sur les sujets de chirurgie générale. Comme on le prévoyait, les observations et travaux ont porté sur les questions à l'ordre du jour: la chirurgie du crâne, science toute neuve et son aînée, la gynécologie, en ont fait les principaux frais.

Nous ne pouvons, malgré son caractère plutôt histologique, passer sous silence la grande question du *Parasitisme dans le cancer*.

M. Pio Foà (de Turin) s'est fait d'une façon éloquente le défenseur du parasitisme, mais, quant à la nature du parasite, son opinion diffère sensiblement de celle de la majorité des auteurs français. Le cancer est inoculable; cela ne fait pas de doutes et la maladie déclarée évolue comme une infection lente. La contamination peut s'étendre au point de créer de véritables endémies cancéreuses. Il est vrai que les adversaires du parasitisme font de la contagion apparente une transplantation de greffes cancéreuses; du marasme et des phénomènes qui l'accompagnent, une intoxication due aux produits anormaux des échanges organiques au niveau de la tumeur. A cela, répond Foa, il est facile d'objecter que nombre de cancéreux succombent sans marasme et que l'inanition, d'autre part, n'est pas spécifique du cancer. Il peut y avoir des parasites, il doit y en avoir, il y en a.

Rappelant les travaux de Thoma, puis les études sur la psorospermie du cancer épithélial d'Albarran, Davier, Malassez, la théorie des spores de Stræbe, Podnysozki et Sawtschenko, les actives recherches de Soudakewitch, Rüeffer et Walker, etc., Foa aborde l'histoire de ses travaux personnels.

De 1891 à 1893 dans diverses publications, Foa a précisé le résultat de ses recherches. La morphologie du parasite qu'il décrit est identique à celle publiée par Sondakewitch, Rüffer et Walker, mais il se sépare du premier qui fait de ces corps des spores, et, contrairement aux deux autres, il admet qu'ils restent toujours extérieurs aux noyaux des cellules: les parasites sont, dit-il, endoprotoplasmiques et paranucléaires. Puis, M. Foa s'attache à nettement préciser la nature parasitaire de ces éléments intracellulaires et insiste, pour la combattre, sur l'opinion de Cornil, Unna, etc., etc., qui font de ces prétendus parasites des produits de dégénérescence ou de phagocytose.

M. Cornil a, en effet, en 1891, publié les résultats de ses recherches à ce sujet. Il rencontre bien dans les coupes les figures décrites comme parasites, mais l'étude comparée de diverses préparations lui a montré qu'il n'y avait là qu'une variété de transformation karyokinétique du noyau en voie de dégénérescence.

Le parasitisme est possible, mais on ne peut l'affirmer, car les corps considérés comme éléments étrangers sont susceptibles de diverses interprétations, puisqu'on ne connait d'eux que leur morphologie.

MM. Duplay et **Cazin**, dont les études sur ce sujet sont fort appréciées, se rangent à l'avis de M. Cornil.

Il en est tout autrement de **M. Ruffer** (de Londres). Pour lui, en effet, les éléments décrits par M. Cornil diffèrent des parasites

de Foa par la réaction aux colorants. Grâce à une méthode complexe, il a pu avec M. Plimmer reconnaître et distinguer ces parasites des éléments dégénérés.

L'étude du parasitisme, si le succès couronne les travaux de MM. Ruffer et Plimmer, va donc prochainement faire un pas décisif et, comme l'ont fait remarquer MM. Cornil, Duplay et Cazin, cette démonstration sera fort bien accueillie par tous les chercheurs. Il n'en est pas moins juste de dire que la preuve reste à faire.

MM. Duplay et **Cazin** ont exposé ensuite le résultat de leurs recherches sur la contagion du cancer. Ces expériences fort bien conduites ont amené les auteurs à formuler l'opinion que le cancer est peut-être contagieux, mais que la contagion, difficile à réaliser expérimentalement, doit être exceptionnelle.

En tout cas, la transmissibilité ne peut se faire d'un animal à un autre animal d'espèce différente.

Leurs résultats sont corroborés par **MM. Trasbot** (d'Alfort) et **Cornil.**

Les opérations sur le crâne se multiplient, et l'antisepsie assurant presque l'innocuité du traumatisme chirurgical, l'intérêt de ces interventions réside surtout maintenant dans l'étude des indications, dans le choix de la région à aborder, dans le mode de réparation.

Les nombreux et brillants succès de **M. Lucas-Championnière** ne sont pas pour étonner qui connaît l'excellence du procédé qu'il préconise. Lors de la récente discussion qui occupa la Société de Chirurgie, les partisans du trépan furent assez sévèrement tancés par leurs collègues qui préfèrent les pinces-gouges. M. Lucas Championnière, depuis fort longtemps, n'emploie le trépan que pour l'ouverture première du crâne, la pince-gouge fait le reste. On réduit ainsi au minimum l'ébranlement qu'on estime si néfaste aux opérés.

La région à aborder, elle, est quelquefois fort nettement connue, mais, hors ces cas, l'agrandissement d'un orifice premier permet presque toujours d'être utile. En effet, il n'y a pas que les lésions localisées qui soient justiciables de la chirurgie crânienne. Les statistiques qui montrent la bénignité de l'opération rendent plus audacieux les opérateurs et M. Lucas-Championnière envisage avec confiance l'emploi de la trépanation dans les affections telles que l'épilepsie, la periencéphalite où la décompression du cerveau, l'incision de la dure-mère rendent et rendront de plus en plus de services. Le crâne, comme la cavité thoracique, longtemps réservés à la thérapeutique médicale, deviennent, et pour le grand bienfait des malades, matière à chirurgie.

Il nous est agréable aussi de constater que les études de crâniotopographie sont loin d'être délaissées en France. **M. Masse** (de Bordeaux) a fait au Congrès une communication sur un nouveau procédé employé pour établir les repères de la topographie crânienne. Il y entre peut-être un peu trop de calculs et de proportions géométriques pour qu'on puisse espérer l'utilisation de son procédé par la majorité des chirurgiens. Il mérite, en tous cas, plus qu'une mention de faits curieux; la précision en chirurgie n'est jamais à dédaigner.

M. Sacchi (de Gênes) expose un procédé très curieux et dont les résultats semblent excellents de restauration des pertes de substances du crâne. Le but de son auteur est d'offrir à l'encéphale une substance plastique, non cruentée, avec laquelle il ne puisse établir d'adhérences. La substance choisie est un lambeau de périoste, qu'on place face externe du côté de l'encéphale. La séparation osseuse est faite au moyen de tissu cartilagineux emprunté à un animal récemment tué. On greffe donc dans la perte de substance un ou plusieurs disques cartilagineux munis de leur périchondre, celui-ci étant du côté de la dure-mère, ou, si on le préfère, on fixe au fond de la plaie un lambeau périostique « renversé », sur lequel s'appuie le disque cartilagineux.

L'idée est fort ingénieuse et les résultats viennent confirmer son utilité pratique.

Le traitement des fibrômes utérins passionne de plus en plus les opérateurs. Chacun préconise son procédé à l'exclusion des autres, quitte à le modifier plus tard. C'est quelquefois de la pratique bien entendue.

Les communications qui ont le plus attiré l'attention sont celles de Martin et de Landau, de Berlin et celle de M. Péan.

Après avoir fait l'historique des dernières modifications apportées à la myomectomie, **M. Martin** (de Berlin) explique que, puisque l'infection utérine persiste après l'opération, il préfère de beaucoup l'hystérectomie totale faite par la voie abdominale. L'opération est précédée de la fermeture du col utérin. La statistique des opérations faites par ce procédé est particulièrement brillante.

M. Landau préfère l'hystérectomie vaginale. Dans les cas de gros fibrômes, il fait la myomectomie par la voie abdominale et l'extirpation du moignon par la voie vaginale.

L'intérêt de la communication de **M. Péan** réside surtout dans le procédé qu'il emploie pour enlever les grosses tumeurs, qui décollant la cloison recto-vaginale, font saillie dans le vagin et ne sont énucléables ni par la voie abdominale ni par la voie génitale. Dans ces cas, M. Péan aborde la tumeur par une large incision à travers le périnée et la cloison recto-vaginale préventivement pincées. La tumeur enlevée par morcellement, il établit le drainage de la cavité qu'elle a laissée à sa place. Il reconstitue le périnée, le rectum et le vagin. Pendant trois jours, quelques éponges salolées sont laissées en place, puis on les retire pour ne laisser qu'un drain en caoutchouc.

De l'avis de M. Péan, cette opération est plus facile et moins dangereuse que les interventions par la voie sacrée. Elle lui a fourni plusieurs succès. On peut espérer que d'autres réussiront aussi, et que la voie périnéale sera adoptée pour les cas indiqués par M. Péan. Il a été plusieurs fois novateur hardi, et tout exceptionnel que doive être l'emploi de ce procédé, les chirurgiens pourront l'apprécier encore quelquefois.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

G. Durante : **Des complications viscérales de la paralysie générale progressive** (*Gazette des Hôpitaux*, 24 février et 3 mars 1894). — Du même : **Des troubles trophiques et des troubles circulatoires dans la paralysie générale** (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, mars 1894).

Dans une série de revues très étudiées, M. Durante démontre que la paralysie générale ne se manifeste pas seulement par des symptômes psychiques, et que, par conséquent, l'étude de cette affection appartient tout autant à la médecine générale qu'à la psychiatrie.

En effet, l'étiologie de la paralysie générale est variable (syphilis, tuberculose fibreuse), sans établir d'ailleurs de confusion avec les pseudo-paralysies générales, syphilitique, tuberculeuse, arthritique, alcoolique, etc.

C'est une affection de l'axe cérébro-spinal tout entier et les symptômes, que l'on appelle habituellement anormaux, doivent rentrer dans la symptomatologie propre de la maladie; car ils sont « l'effet direct de l'altération des centres nerveux affectés à » la fois dans leurs fonctions psychiques, motrices, sensitives, » trophiques, vaso-motrices et réagissant avec une étonnante » diversité dans tous les domaines de l'organisme ».

Tous ces symptômes ne pouvaient être rapportés à leur véritable cause avant que l'on connût la nature et la localisation des lésions dans le cerveau, dans la moelle (il y a une forme spinale de la maladie), dans les nerfs périphériques. Le début peut donc se faire en un point variable du système nerveux et par un ensemble de signes en rapport avec la topographie primitive des altérations nerveuses.

Il s'agit de troubles trophiques et d'accidents congestifs. Les premiers ont une origine médullaire ou périphérique. Les autres, véritablement caractéristiques de la paralysie générale, sont reliés

entre eux par un facteur commun : les poussées congestives. Ces accidents congestifs, liés à des troubles circulatoires intermittents, créent, à la longue, dans les différents organes (foie, rein) des modifications d'aspect spécial, vaso-paralytiques (Klippel).

La dilatation vasculaire chronique, avec poussées congestives, est ici un des effets, le plus constant et le plus typique, des lésions nerveuses; elle n'est pas la cause, mais bien la conséquence des modifications subies par le système nerveux, en particulier les cellules de l'écorce cérébrale, dans la paralysie générale progressive.

A. Guépin

Etudes sur les maladies nerveuses, par le Dr Paul Blocq, chef des travaux d'anatomie pathologique à la clinique des maladies du système nerveux. (Chez Rueff et Ce, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain.)

Sous le nom d'*Etudes sur les maladies nerveuses* l'auteur a groupé différentes manifestations pathologiques n'ayant, entre elles, d'autre caractère commun que d'avoir été réunies dans le même ouvrage et d'être traitées avec la même habileté et une égale compétence. Qu'il s'agisse d'une entité morbide comme la neurasthénie, le tabes, l'atrophie musculaire progressive, ou d'un syndrome tel que les stigmates de l'hystérie ou l'aphasie : tout a été étudié, fouillé avec le même soin.

L'absence de corrélation entre les 17 chapitres, dont se compose le livre de M. Blocq, rend impossible une analyse d'ensemble. C'est surtout un recueil où figurent, outre quelques nouveautés, celles d'entre les publications antérieures de l'auteur, qui lui ont paru mériter mieux qu'une apparition passagère dans un périodique.

Après plusieurs pages consacrées à la neurasthénie, M. Blocq étudie les *neuropathies d'origine grippale* ou, pour parler plus exactement, les manifestations nerveuses liées à l'épidémie, la grippe n'ayant, en réalité, agi qu'en provoquant la détermination de différents états nerveux sur des sujets déjà prédisposés.

Plusieurs pages sont consacrées à la *chorée molle* : on y voit la preuve que les paralysies chez les choréiques sont beaucoup plus fréquentes qu'il n'est habituel de l'admettre. Cette forme de chorée s'établit souvent à l'occasion de la convalescence d'une maladie aiguë, d'une fièvre éruptive; aussi est-on exposé à la confondre avec la *paralysie* des *pyrexies*.

Nous conseillons plus particulièrement la lecture d'une leçon magistrale, faite à la Salpêtrière, sur le *tabes* et qui suit immédiatement une étude des plus complètes sur le diagnostic des affections qui ont été rapprochées cliniquement du tabes.

Une revue sur *l'inversion sexuelle* termine l'ouvrage.

Le travail de M. Paul Blocq se recommande surtout par la très grande érudition de l'auteur, par la clarté du style et la méthode d'exposition, qui en rendent la lecture des plus faciles.

Marcel Briand.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mai. — Présidence de M. Jules Rochard.

Etude comparative des épidémies de fièvre typhoïde observées dans Paris depuis 1876.

M. Lancereaux. — Le parallèle que nous avons pu faire entre les trois épidémies de fièvre typhoïde qui ont sévi à Paris en 1876, 1882 et février 1894 nous a confirmés dans l'opinion, que nous avons émise en 1880 et nettement formulée en 1882, que ces épidémies sont la conséquence de l'altération des eaux de boisson, car il existe un rapport étroit entre la distribution de ces eaux et la localisation de la maladie. L'épidémie de 1876, qui commença en juillet, me parut d'abord pouvoir être attribuée à l'air atmosphérique, mais sa limitation à certains quartiers de la ville, et ce fait que plusieurs malades avaient trouvé à leur eau de boisson une odeur de pourri et un goût désagréable m'amenèrent à suspecter l'eau. Je commençai immédiatement une enquête de laquelle il résulta que, sur 415 cas de fièvre typhoïde, 3 seulement habitaient la rive gauche; encore ces derniers, ouvriers maçons ou terrassiers, avaient-ils contracté la maladie au cours de leur travail sur la rive droite. La zône infectée correspondait à la partie basse de la ville desservie par l'eau du canal de l'Ourcq. Aussi, en 1879, j'affirmai que l'épidémie de 1876 était due à l'eau de l'Ourcq.

A la suite des épidémies de 1877, 1878 et 1879, je me confirmai dans mon opinion et je crus voir dans l'élévation de la température et la sécheresse des conditions favorables au développement des épidémies.

M. Gueneau de Mussy, en 1880, après avoir rappelé mes travaux, cita plusieurs cas d'épidémie locale indubitablement imputable à l'eau de puits infectés. En 1882, l'épidémie, analogue à celle de 1876, débuta brusquement vers la fin de septembre et M. Gueneau de Mussy l'attribua à l'altération de l'eau de l'Ourcq. Mais l'année 1882, contrairement à l'année 1876, avait été humide et, d'autre part, l'épidémie sévissait dans les quartiers les plus élevés de Paris. C'est alors que je fis des démarches auprès de la Compagnie générale des Eaux pour me renseigner sur la distribution de celles-ci. Le sous-directeur me prouva que l'eau de l'Ourcq n'était pour rien dans cette épidémie. Les arrondissements frappés : 17e, 18e, 19e et les 10e et 11e en partie recevaient de l'eau de source, surtout de la Dhuys. Mais leur débit ayant été insuffisant, on fut obligé de distribuer de l'eau de rivière, ce qui s'était fait à l'aide d'un simple jeu de robinets. L'épidémie s'étant déclarée le 25 septembre, on peut en déduire en en défalquant 15 jours, durée de l'incubation habituelle de la maladie, que le robinet avait été tourné le 10 septembre. C'est certainement ce qui s'est passé, quoique je n'ai pu en avoir la confirmation absolue. Le 28 novembre 1882, à l'Académie de Médecine, j'incriminai nettement l'eau de boisson. C'est ce dont il est facile de se rendre compte en se reportant au Bulletin de l'Académie de cette époque. La plupart des journaux à ce moment, tant médicaux que politiques, reproduisirent notre communication et l'Administration en tint compte, puisque c'est peu de temps après, sur notre demande, qu'elle se decida à prévenir le public du changement de distribution des eaux. A la suite de ces communications, audacieuses pour l'époque, je croyais avoir mis sur la trace de l'étiologie et par conséquent de la prophylaxie de cette maladie. Cependant, dans un récent traité de médecine, mes recherches sont passées sous silence et ce serait seulement en 1886 que MM. Chantemesse et Widal auraient indiqué l'importance du rôle de l'eau de boisson dans les épidémies de fièvre typhoïde. Cette prétention de M. Chantemesse se retrouve dans une communication faite par lui dans un journal de médecine et intitulée : *L'eau de rivière et la fièvre typhoïde*.

M. Lancereaux fait ensuite l'histoire de l'épidémie récente, terminée aujourd'hui et remarquable par sa brièveté et sa bénignité. Il rappelle que la banlieue de Paris est également infectée chaque année par les eaux de boisson, et qu'il y a lien de lui distribuer, comme cela se fait actuellement à Paris, de l'eau non souillée. En distribuant de l'eau pure, on évitera, non seulement les épidémies de fièvre typhoïde, mais on pourra parvenir à la faire disparaître de notre sol, tout aussi bien que le paludisme.

Vœu relatif à la protection des sources.

Sur la proposition de M. Dujardin-Baumetz, l'Académie a voté le vœu suivant, relatif à la protection des sources et rédigé par MM. Brouardel, Dujardin-Baumetz et Monod, directeur de l'hygiène publique.

L'Académie, en présence de la possibilité de la contamination et de la pollution des eaux de source distribuées à la population

parisienne, et tout en reconnaissant que cette contamination est un fait exceptionnel qui ne s'est produit qu'à très longs intervalles, émet le vœu :

1° En ce qui concerne l'amenée des eaux de source à Paris, que les mesures de police sanitaire que permet la législation actuelle soient prises pour préserver ces eaux, soit au captage des sources, soit sur leur parcours, de toute contamination.

2° En ce qui concerne la question plus générale de l'alimentation des habitants en eau potable, que les dispositions de l'article 2 du projet de la loi sur la protection de la santé publique, actuellement au Sénat, permettant de défendre contre toute souillure les eaux d'alimentation, soient votées dans le plus bref délai possible.

Un cas de mort par inhalation de bromure d'éthyle.

M. Suarez de Mendoza (d'Angers) rapporte le cas d'une femme qui a succombé brusquement dès les premières inspirations de bromure d'éthyle. La mort doit être attribuée à une syncope cardiaque provoquée par l'action des vapeurs de cet anesthésique sur les terminaisons du nerf nasal.

M. Laborde communique un nouveau fait de rappel à la vie par les tractions rhythmées de la langue dans un cas de pendaison.

Election d'un associé national.

Premier tour de scrutin.

Votants : 74. — Majorité : 38.

MM. Zambaco (Constantinople)	36 voix.
Renaut (Lyon)	20 —
Rolet (Lyon)	12 —
Lépine (Lyon)	4 —
Bulletins blancs	2 —

Deuxième tour.

Votants : 71. — Majorité : 36.

MM. Zambaco (Constantinople)	54 voix (*élu*).
Renaut	14 —
Rolet	2 —

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 mai. — Présidence de M. Chauveau.

Influence tératogénique des toxines microhiennes.

M. Féré a obtenu les résultats suivants :

Les œufs témoins ont donné 91.66 0/0 de développement normal, ainsi que ceux qui ont reçu du bouillon stérile.

Si on injecte des toxines, on constate :

Toxine tétanique......	75 » 0/0	de développement normal.
Toxine diphtérique....	8.33 0/0	— —
Tuberculose humaine..	41.66 0/0	— —
Tuberculose aviaire...	25 » 0/0	— —

Digestion des matières albuminoïdes sans ferment digestif.

M. Dastre a constaté que la fibrine fraîche, en présence de solution saline neutre (fluorure de sodium à 2 0/0,—chlorure de sodium à 15 0/0), subit une véritable digestion. Elle se transforme en partie en peptone et parapeptone. On observe des faits analogues avec la caséine fraîche et l'albumine non cuite.

M. Dastre reviendra prochainement sur ce sujet avec des expériences capables d'expliquer ces résultats.

L'urée chez les oiseaux.

M. Kaufmann. — L'urine des oiseaux contient peu d'urée et relativement beaucoup d'acide urique.

Cet acide urique n'est point le produit de la transformation dans le rein et dans le foie de l'urée contenue dans le sang. Contrairement à l'opinion de Garod le sang des mammifères contient plus d'urée que celui des oiseaux.

Glycogène chez le fœtus.

M. Butte. — D'après des expériences faites sur des chiens le foie des fœtus à terme contient deux ou trois fois plus de glycogène que celui des adultes. A l'époque du terme, la quantité de glycogène diminue considérablement dans le foie de la mère qui en contient 20 fois moins que celui du fœtus.

Follicules lymphoïdes dans les glandes de Brünner.

M. Pilliet rappelle que M. Renaut a décrit des corpuscules lymphoïdes dans le pancréas, et que M. Rœtterer attribue à ces corpuscules, développés dans ces conditions, une origine endodermique. Lui-même vient d'observer des corpuscules lymphoïdes dans les glandes de Brünner d'un chien. Ce fait, si on l'observait de nouveau, pourrait donner lieu à des déductions physiologiques intéressantes.

M. Dhuys communique quelques réflexions sur les mensurations du crâne, dont il a parlé dans la dernière séance.

M. Noé. — Recherches sur l'action du phosphore blanc et rouge sur les organismes inférieurs, en particulier la levure de bière.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 mai. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Anesthésie par le bromure d'éthyle.

M. Terrier. — J'emploie depuis longtemps déjà, tant à l'hôpital qu'en clientèle, le bromure d'éthyle seul ou associé au chloroforme. Or, j'ai vu obtenir avec le même anesthésique des résultats si variables que j'ai dû faire analyser divers échantillons.

L'administration de l'Assistance publique fournit un bromure d'éthyle manifestement impur. Il est préparé avec du phosphore, du brome et de l'alcool. Or, le phosphore employé est impur. Il laisse du phosphure d'hydrogène, ce qui explique l'odeur alliacée que vous avez tous pu constater, même le lendemain, chez les malades des hôpitaux anesthésiés par cette méthode. On peut le purifier d'une façon suffisante bien qu'imparfaite avec l'acide sulfurique.

Le bromure du commerce est préparé par l'acide sulfurique, l'éther éthylique et le bromure de potassium. Cette méthode donne un produit beaucoup plus pur. Le bromure d'éthyle contient alors une notable proportion d'éther éthylique et il est préférable à celui des hôpitaux.

Comme on le voit, les bromures d'éthyle habituellement usités ne sont pas comparables et contiennent des produits divers, ce qui explique la différence des résultats.

Je répéterai, à propos de l'anesthésie, le conseil bien souvent donné, et, malheureusement pour nous, plus suivi à l'étranger qu'en France, d'avoir une salle d'anesthésie; le malade doit être tranquille, isolé au moment de l'anesthésie, et ce conseil doit s'appliquer dans les mesures possibles aux opérations pratiquées en ville.

Il est bon aussi, je crois, d'employer toujours le même aide pour pratiquer l'anesthésie : le chirurgien opère plus confiant, sans souci de l'anesthésie.

D'autre part, cet aide devient dans nos services un véritable moniteur pour les élèves auxquels il enseigne les méthodes parfaites.

M. Bazy. — On a signalé, dans la dernière séance, la rareté des vomissements à la suite de l'anesthésie par le bromure d'éthyle seul. Mais il n'en est pas de même de l'anesthésie par la méthode mixte. Ce matin, un enfant anesthésié par ce dernier procédé, a eu au réveil des vomissements très abondants.

M. Terrier. — J'ai l'habitude de demander aux malades de ma clientèle s'ils ont fait une traversée et s'ils ont eu le mal de mer. J'ai pu constater ainsi que presque tous ceux qui avaient eu le mal de mer présentaient des vomissements chloroformiques, et

que les autres étaient indemnes. Il y a donc une sorte de prédisposition individuelle.

M. Verneuil. — Il y a 15 ans, dans un travail que j'ai publié au sujet des accidents attribués au chloroforme, j'ai insisté sur ce fait, que beaucoup d'entre eux relevaient, non de l'agent employé, mais de l'individu endormi. Les dyspeptiques, les hépatiques, les néphrétiques, les alcooliques vomissent beaucoup plus et beaucoup plus facilement que les autres. La prédisposition individuelle prime les autres causes.

M. Quénu. — J'ai eu à plusieurs reprises l'occasion de vérifier, comme M. Terrier, le rapport qui existe entre les gens sujets au mal de mer et ceux qui ont des vomissements chloroformiques. Je ne crois pas que, d'autre part, l'état dyspeptique influe sur les vomissements et j'ai vu des personnes, sujettes aux vomissements avant une opération, n'avoir aucun vomissement après l'anesthésie.

M. Lucas-Championnière. — Les vomissements préalables ne permettent pas de prévoir l'existence des vomissements post-anesthésiques. Je suis intervenu, à la suite d'une erreur de diagnostic, chez une femme enceinte présentant des vomissements incoercibles. Ceux-ci ont cessé dès que l'opération, ou mieux l'incision a été faite. Cette femme a accouché à terme, sans avoir vomi une seule fois à partir de cette époque.

Dilatation de la partie inférieure de la veine jugulaire interne du côté droit.

M. Delorme lit un rapport sur une observation de M. Mignon, professeur au Val-de-Grâce. Le malade, un jeune soldat, employé dans les sections d'ouvriers à porter des charges de 60 à 80 kilog., a vu se développer peu à peu, sur le côté droit du cou, une tumeur ovoïde, fluctuante, réductible.

L'examen a montré qu'elle était mate, ne présentait aucun souffle ni battements. Elle n'apparait que dans l'effort et augmente si on comprime la veine jugulaire interne au-dessous. Tous ces caractères ont fait porter le diagnostic, admis également par le rapporteur, de dilatation veineuse. Le malade a eu, autrefois, des hémorrhoïdes qu'on a réséquées, mais il n'a ni varices ni varicocèle.

Récidives des tumeurs bénignes.

M. Berger. — Les tumeurs bénignes cliniquement et histologiquement peuvent récidiver, se généraliser, déterminer la cachexie.

Il existe des exemples connus de généralisation de lipômes et surtout de chondrômes.

Ces tumeurs récidivées ont-elles la même nature anatomique que la tumeur première, ou bien la première tumeur était-elle aussi maligne ? Il peut, en effet, subsister des points malins, passés inaperçus au cours de l'examen histologique. On a rarement occasion de pouvoir examiner, à la même époque, les tumeurs de date différente. J'ai l'heureuse chance de l'avoir pu faire cette année : j'ai eu, en ma possession, trois tumeurs, dont deux récidives par conséquent, enlevées à plusieurs années de distance et que j'ai pu faire examiner par M. Cornil. Les deux premières étaient constituées par du fibrôme périostique pur, la troisième par du sarcôme.

Le malade était un jeune officier étranger, âgé de 24 ans, qui, dix-huit ans auparavant, avait constaté l'existence d'une tumeur sur l'index gauche. L'augmentation étant lente, il arriva jusqu'à l'âge de 17 ans sans intervention. A cette époque, on lui fit la désarticulation du doigt, et il garda soigneusement la pièce enlevée dans un bocal d'alcool. Trois ans plus tard, la tumeur récidivée au métacarpien, celui-ci fut enlevé à son tour. Il y a deux ans, une nouvelle récidive se produisit entre le premier et le troisième métacarpiens dans l'espace laissé par l'ablation du second. Le malade, très inquiet, demandait que je lui désarticulasse l'épaule. Je crus devoir m'y refuser, puisqu'on ne pouvait prévoir, au cas d'une nouvelle récidive, si elle se ferait *in situ* ou à distance, et, dans ce dernier cas, les limites opératoires n'existent pas. Je lui fis l'amputation de l'avant-bras au tiers inférieur.

L'examen des trois pièces fait par M. Cornil a donné le résultat que je vous ai indiqué au début de ma communication.

La première tumeur étant bénigne, comment expliquer la seconde récidive en tumeur maligne ?

M. Verneuil. — Les observations de ce genre sont malheureusement trop rares, parce qu'on néglige de les publier. La thèse de M. Ricard en contient un certain nombre et donne l'explication de divers types, surtout des formes polyhistiques, c'est-à-dire formées de plusieurs tissus. L'association de deux tissus en un seul petit point d'une tumeur doit éveiller de la défiance.

Il est encore un fait connu que chez un sujet ayant présenté plusieurs tumeurs, celles du jeune âge sont généralement bénignes, la gravité croît avec l'âge ; j'ai observé plusieurs cas curieux à ce point de vue.

J'ai vu aussi la récidive sur le même type se produire chez un malade que j'opérai en 1869, pour une seconde récidive de fibrôme. En 1880, je l'opérai de nouveau pour un quatrième fibrôme.

M. Routier. — Je soigne depuis neuf ans une malade qui présente, depuis seize ans, des plaques végétantes de l'anus, contre lesquelles le traitement syphilitique, appliqué à diverses reprises, a toujours été insuffisant. M. Cornil examina une première fois le tissu des plaques et porta le diagnostic de syphilôme. Six ans après cet examen, je dus lui enlever un chapelet ganglionnaire du triangle de Scarpa. L'histologie affirma leur nature épithéliomateuse. Trois ans plus tard, je l'opérai pour une récidive d'épithélioma dans la cicatrice, la plaque anale était encore du syphilôme.

Or, dernièrement, elle présenta dans la cavité rectale une tumeur que je dus enlever et qui était encore épithéliomateuse, les plaques anales restant syphilomateuses.

M. Quénu. — L'erreur des anciens chirurgiens a consisté à vouloir établir une équation entre la structure et l'évolution des tumeurs. Or, il y a des épithéliomas qui restent vingt et trente ans stationnaires. Toute tumeur peut devenir maligne. C'est une question d'allures et non de structure. Pour les sarcômes et fibrômes, ils sont de même nature, que la marche soit plus ou moins rapide, c'est là tout ce qui fait la gravité, du moins, c'est ce qui parait, car nous sommes ignorants de presque tout, au sujet de la nature des tumeurs et de leur évolution.

M. Peyrot présente un malade opéré par M. Rigal, médecin militaire, pour un kyste dermoïde du médiastin.

R. Marmasse.

LES LIVRES

Chez Baillaille et Cie.

Traité d'anatomie humaine, publié sous la direction de M. Paul Poirier.

Système nerveux, par Charpy, professeur d'anatomie à la Faculté de Toulouse (Sera analysé).

Précis de clinique thérapeutique, par le docteur A.-F. Plicque, médecin-adjoint à la Compagnie du Nord, ancien interne des hôpitaux. Petit in-8 de 600 pages, cartonné toile. Prix : 7 francs (Sera analysé).

Chez J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Formulaire des eaux minérales, de la balnéothérapie et de l'hydrothérapie, par le Dr De La Harpe, professeur de balnéologie à l'université de Lausanne. Introduction par le Dr Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-18 de 300 pages, cartonné, 3 francs.

Aujourd'hui que l'on prend de plus en plus l'habitude de se déplacer chaque année pendant l'été, la question du choix des eaux minérales est devenue banale dans la bouche des clients. Il faut donc que les médecins soient au courant des effets des eaux les plus connues pour répondre avec compétence à la demande qui leur est posée.

L'action des eaux est très variable : d'une action fort utile et très réelle dans un grand nombre de cas, elle est quelquefois très dangereuse et il suffit de causer avec les médecins de nos stations thermales pour savoir que, dans bien des cas, ils se voient obligés de renvoyer au plus vite certains malades qui leur ont été adressés. Il faut donc que de bonne heure le médecin soit habitué à la pratique des eaux thermales.

La première partie de ce volume comprend un résumé de balnéothérapie générale, suivi d'une description succincte des caractères et des indications des diverses classes d'eaux minérales, et de deux chapitres consacrés l'un au bain de mer, l'autre à l'hydrothérapie. Ces notions préliminaires sont indispensables pour prescrire les eaux minérales d'une façon rationnelle.

La deuxième partie contient des notices sur les principales stations balnéaires, dont les caractères et les indications sont énumérés dans un ordre systématique.

La troisième partie enfin est constituée par l'exposé des applications des eaux minérales dans les maladies les plus importantes.

Ce petit volume publié dans la même collection que le *Formulaire des médicaments nouveaux* de Bocquillon-Limousin, aujourd'hui entre les mains de tous les praticiens, en est le complément indispensable.

Chez Alcan (Félix), 108, boulevard Saint-Germain.

M. le Dr Laborde, membre de l'Académie de médecine, vient de publier, sous le titre : **Le traitement physiologique de la Mort**, un volume destiné à vulgariser sa méthode des *Tractions rhythmées de la langue*, grâce à laquelle il est parvenu à ramener le rappel de la respiration et de la vie et à opérer de véritables résurrections. Cette méthode, dont le but est de provoquer la mise en mouvement du *réflexe respiratoire*, a déjà donné des résultats surprenants dans les cas les plus variés de toutes les espèces d'asphyxie et mort apparente, depuis l'asphyxie par submersion et les asphyxies toxiques jusqu'à l'asphyxie par foudroiement électrique. L'asphyxie des nouveau-nés est également l'un des cas dans lesquels cette méthode nouvelle peut être le plus utilement et le plus fréquemment utilisée. L'auteur relate ainsi 63 observations typiques dans lesquelles les *tractions rhythmées de la langue* ont produit le rappel à la vie. Enfin, après avoir reproduit, dans leurs parties essentielles, les excellentes instructions pour les secours aux noyés et aux asphyxiés, basées sur le *procédé de la langue*, du Dr Mareschal (d'Angers), instructions qui devraient être adoptées et répandues dans tous les postes de secours, M. Laborde donne, dans des conclusions générales, en même temps que le résumé des résultats et de l'action de la méthode, la *technique* du procédé qu'il suffit d'énoncer, pour montrer — ce qui est un premier et inappréciable avantage — qu'il est à la portée de tout le monde. (1 vol. in-18 illustré, 3 fr. 50.)

La Blennorrhagie et ses complications, d'après les dernières données scientifiques et de nombreuses recherches personnelles, par le Dr Ernest Finger, docent à l'Université de Vienne, traduit avec autorisation de l'auteur, d'après la troisième édition allemande (1893), par le Dr Albert Hogge, ancien chef de clinique chirurgicale à l'Université de Liège. (1 vol. in-8° avec 36 gravures dans le texte et 7 planches lithographiées hors texte, 12 fr.)

Chacun des chapitres composant cette importante monographie porte l'empreinte personnelle de son auteur ; celui qui a trait à l'anatomie pathologique mérite une mention spéciale ; le Dr Finger a considérablement élargi le cercle de nos connaissances relatives aux lésions de l'uréthrite chronique.

Etayé sur les données anatomo-pathologiques et bactériologiques actuellement acquises, le traitement des affections blennorrhagiques, tel qu'il est formulé dans ce livre, est éminemment rationnel ; l'auteur a établi la thérapeutique antiblennorrhagique sur une base vraiment scientifique.

La compétence de M. Finger en vénéréologie est d'ailleurs établie depuis longtemps par ses nombreuses recherches expérimentales, par ses travaux micrographiques et cliniques et par le succès de son enseignement ; sa polyclinique, à l'hôpital général de Vienne, lui a fourni en outre un abondant matériel d'études.

Formulaire magistral (30e édition), par A. et G. Bouchardat.

Chez Carré.

Rhinologie, otologie, laryngologie. Enseignement et pratique de la Faculté de médecine de Vienne, par le docteur Marcel Lermoyez, médecin des hôpitaux de Paris.

Chez Masson.

Traitement des rétrécissements par l'électrolyse linéaire, par le docteur J.-A Fort, professeur libre à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 15 AU 19 MAI 1894

A. — Examens

Mardi 15 mai. — 2e Oral (Première partie), 1re série : MM. Mathias-Duval, Quénu, Poirier. — 2e Oral (Première partie), 2e série : MM. Le Dentu, Pozzi, Rémy. — 3e Oral (Première partie) : MM. Tarnier, Humbert, Albarran. — 3e Oral (Deuxième partie) : MM. Laboulbène, Gilbert, Letulle. — Suppléants : MM. Proust et Gley. — 5e (Première partie, Chirurgie, Charité) : MM. Duplay, Richelot, Nélaton. — 5e (Deuxième partie, Charité), 1re série : MM. Dieulafoy, Ballet, Charrin. — 5e (Deuxième partie, Charité), 2e série : MM. Cornil, Marfan, Roger. — Suppléants : MM. Guyon et Brun.

Mercredi 16 mai. — 2e Oral (Première partie) : MM. Farabeuf, Retterer, Poirier. — 3e Oral (Première partie) : MM. Reclus, Delbet, Varnier. — 3e (Deuxième partie) : MM. Lancereaux, Brissaud, Gaucher. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy. Netter. — Suppléants : MM. Hayem et Déjerine.

Jeudi 17 mai. — 1er Chirurgien-dentiste : MM. Brouardel, Poirier, Sebileau. — 2e Oral (Première partie) : MM. Mathias Duval, Rémy, Schwartz. — 3e Oral (Première partie) : MM. Richelot, Humbert, Bar. — 4e : MM. Proust. Pouchet, Gilbert. — Suppléants : MM. Grancher et Ménétrier.

Vendredi 18 mai. — 1er Chirurgien dentiste : MM. Farabeuf, Sebileau, Retterer. — 2e Oral (Première partie) : MM. Reclus, Jalaguier, Net er. — Suppléants : MM. Landouzy et Lejars. — 5e (Première partie, Chirurgie, Charité) : MM. Tillaux, Ricard, Tuffier. — 5e (Deuxième partie, Charité), 1re série : MM. Potain, Brissaud, Marie. — 5e (Deuxième partie, Charité), 2e série : MM. Hayem, Lancereaux, Déjerine. — Suppléants : MM. Grancher et Chauffard. — 5e (Première partie, Obstétrique, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Varnier. — Suppléant : M. Nicaise.

Samedi 19 mai. — 1er Chirurgien-dentiste : MM. Rémy, Quénu, Sebileau. 2e Oral (Première partie) : MM. Mathias-Duval, Pozzi, Poirier. — 3e (Première partie) : MM. Dieulafoy, Ménétrier, Roger. — Suppléants : MM. Pouchet et Marfan. — 5e (Première partie, Chirurgie, Hôtel-Dieu), 1re série : MM. Panas, Richelot, Brun. — 5e (Première partie, Chirurgie, Hôtel-Dieu), 2e série : MM. Duplay, Humbert, Schwartz. — 5e (Deuxième partie, Hôtel-Dieu) : MM. Laboulbène, Chantemesse, Letulle. — Suppléants : MM. Cornil et Ballet. — 5e (Première partie, Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas) : MM. Tarnier, Maygrier, Bar. — Suppléant : M. Joffroy.

B. — Thèses

Mercredi 16 mai. — *M. Cortot* : Contribution au traitement de l'épilepsie. — *M. Cégan* : De l'éléphantiasis exotique, ses rapports avec la filaire du sang. — *M. Berceot* : Quelques considérations sur le traitement des cataractes secondaires. — *M. Leblois* : Contribution à l'étude des fractures chez les enfants et de leur traitement. — *M. Gratien* : De l'influence curative de la laparotomie. — *M. Mouflier* : Considérations sur l'asepsie et l'antisepsie de la chirurgie rurale.

Jeudi 17 mai, à 1 heure. — *M. Mével* : Contribution à l'étude des troubles oculaires dans l'acromégalie. Essai sur la pathogénie de cette affection. — *M. Champbell* : De l'emploi de l'éther comme anesthésique général. — *M. Barret* : Relation entre la pelade et la teigne. — *M. Baudron* : De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement de lésions bilatérales des annexes de l'utérus (Opération de Péan).

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 20 — 19 Mai 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un cas de kyste sanguin du mésentère traité par la marsupialisation et suivi de guérison.

Par M. J.-W. Binaud,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux.

Les observations de kystes du mésentère traités chirurgicalement ne sont pas encore très nombreuses et leur histoire, dont mon collègue et ami J. Braquehaye a fait en 1892 une excellente monographie (1), est de date récente : aussi m'a-t-il paru intéressant de publier le cas suivant que j'ai eu l'occasion d'observer avec mon maître, M. le professeur A. Demons. Le kyste, qui était d'origine hématique, a été traité par le procédé de la marsupialisation, et le malade qui en était porteur est sorti de l'hôpital trois mois après l'opération complètement guéri ; il a été alors montré à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis une année, la guérison s'est maintenue complète.

Elie L..., âgé de 24 ans, exerçant la profession de charpentier, fut adressé à la clinique chirurgicale de M. le professeur Demons, le 10 février 1893, par mon ami le Dr Camus, de Saint-Georges-de-Didonne. Et voici l'histoire du malade, telle que nous l'a envoyée notre confrère :

Au mois d'août 1892, régnait une épidémie de dysenterie grave dans la garnison de La Rochelle où Elie L... était soldat depuis le 15 novembre 1890. Elie L... vint vers le 20 août en permission chez lui, et là, il fut pris de dysenterie.

Convalescent, il rentra au corps au bout de trois semaines environ, dans l'intention de demander un congé de convalescence. N'ayant par été reconnu malade, il reprit son service pendant une vingtaine de jours : après quoi, il rentra à l'infirmerie, puis à l'hôpital avec le diagnostic de : congestion du foie.

A l'hôpital, il eut de l'ascite qui fut ponctionnée, deux hémoptysies et des épistaxis ; peu de temps après, il fut réformé. Je n'ai pu obtenir du médecin-major aucun renseignement sur la nature du liquide ascitique retiré à cette époque.

Elie L... réformé revint chez lui à Saint-Georges, le 16 décembre. A ce moment et après examen du malade, je portai le diagnostic de cirrhose.

L'ascite considérable empêchait un examen méthodique des organes abdominaux, la matité remontait au creux épigastrique, le foie était repoussé en haut, le cœur gêné ; il y avait de la dyspnée après les repas ; mais je considérais l'antécédent dysenterie ; le diagnostic antérieur : congestion du foie ; les hémoptysies qui s'étaient produites pendant que le malade était soldat à La Rochelle et l'ascite ellemême, si rapidement reproduite, comme des éléments suffisants pour établir ce diagnostic.

Malgré le traitement tonique et diurétique institué, les phénomènes de gêne s'étaient accentués ; sur les instances du malade, je pratiquai une ponction ; il s'écoula un liquide hématique très coloré : 2 litres environ ; des particules solides obstruèrent le trocart et il me fut impossible, malgré mes efforts, de les refouler, d'assurer un écoulement suffisant du liquide.

M. le professeur Ferré voulut bien examiner au microscope ce liquide, dont la coloration venait de rendre mon diagnostic hésitant ; il n'y trouva rien autre chose que des globules sanguins.

Bientôt après, le volume du ventre s'accrut de nouveau, les régions ombilicale et hypogastrique devinrent douloureuses, et je dus avoir recours à une nouvelle ponction qui donna issue à 4 litres et demi d'un liquide très rutilant. L'examen de l'abdomen pratiqué aussitôt après ne me révéla ni empâtement autour de l'ombilic, ni tumeur : la rate était légèrement augmentée de volume, le foie refoulé en haut sous les fausses côtes.

Le malade fut amené à l'hôpital deux semaines environ après cette dernière ponction et voici quel fut le résultat de notre examen à son entrée dans le service :

(1) J. Braquehaye. — Des kystes du mésentère. (*Arch. génér. de Médecine*, sept. et octobre 1892.)

Le faciès est amaigri, d'aspect terreux, les yeux sont enfoncés dans l'orbite ; le malade est sans force et l'émaciation du thorax et des membres contraste singulièrement avec le volume de l'abdomen. L'appétit est nul, il y a quelquefois des vomissements et la constipation est habituelle.

A la vue, on constate que le ventre est globuleux et qu'il présente une saillie médiane de forme arrondie ayant pour centre l'ombilic et séparée des régions voisines par un véritable méplat. La peau a conservé son aspect normal : pas de veinosités.

A la palpation, la peau est mobile dans toute l'étendue de l'abdomen. Les deux mains appliquées sur le ventre, le bord cubital en rapport avec le détroit supérieur du bassin peuvent s'enfoncer librement à une certaine profondeur ; par contre, au niveau de l'ombilic, on constate la présence d'une tumeur parfaitement lisse dans toutes ses parties et ayant pour centre la dépression ombilicale.

La percussion donne un son franchement mat sur toute la surface de cette tumeur, qui est bien limitée sur toute sa circonférence par une zône de sonorité intestinale : cette tumeur mesure environ vingt-cinq centimètres dans tous les sens et elle est très peu mobile dans le sens transversal : elle l'est davantage dans le sens vertical.

Le bord inférieur du foie ne dépasse pas le rebord des fausses côtes ; il est tranchant et l'organe mesure dix centimètres de hauteur sur la ligne axillaire. La rate est légèrement augmentée de volume.

Circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic, 86 centimètres.

Distance de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, 20 centimètres.

Distance de l'ombilic à la symphyse pubienne, 12 centimètres.

L'examen des urines ne révèle rien de particulier. Le diagnostic de kyste fut porté ; M. le professeur Demons fut d'avis qu'il s'agissait d'un kyste du mésentère ; quant à moi, je pensai plutôt que nous étions en présence d'un kyste de l'épiploon. L'opération devait donner raison à mon excellent maître, mais j'aurai à revenir plus loin sur cette question.

La laparotomie fut décidée ; elle fut acceptée par le malade et fut pratiquée le 13 février 1893.

Opération. — Chloroformisation. Le champ opératoire bien asepsié, selon le mode habituel, est isolé par des serviettes phéniquées. Incision de 7 centimètres commençant à un travers de doigt au dessous de l'ombilic et menée parallèlement à la ligne blanche. Les différentes couches de la paroi sont successivement sectionnées au bistouri ; on arrive ainsi sur la tumeur qui est incisée, sans décollement de la séreuse, par conséquent sans ouverture de la cavité péritonéale. Il s'écoule aussitôt une grande quantité d'un liquide fortement coloré en rouge brun, mélangé de lambeaux d'aspect blanc-grisâtre et fibrineux. L'index introduit dans la poche kystique reconnaît que ses parois sont lisses, mais recouvertes en grande partie par des amas fibrineux. Ceux-ci sont détachés prudemment et amenés au dehors : ils sont d'aspect membraniforme et de consistance molle. Lorsque la poche est à peu près évacuée, l'exploration digitale permet de reconnaître qu'elle est bien limitée, qu'elle ne renferme aucune partie dure et qu'elle repose profondément sur l'aorte et la colonne vertébrale. La quantité totale du liquide et des dépôts fibrineux peut être évaluée à un litre et demi.

Pour plus de sûreté, et pour prévenir toute irruption future du liquide hématique dans la cavité abdominale, on marsupialise la poche dans laquelle on introduit deux gros drains. — Pansement légèrement compressif.

Réveil facile ; pas de vomissements.

Du 13 février au 20 mars, pansements quotidiens avec la solution de sublimé faible. L'appétit revient peu à peu. Pas de température.

Le 20 mars, on enlève le drain à l'aide duquel on avait jusqu'alors fait des injections de sublimé, et l'on pratique une injection directement avec la seringue à hydrocèle remplie de solution faible de sublimé (0.25/1,000).

Le malade éprouve aussitôt une sensation de cuisson dans l'abdomen, puis il est pris d'une syncope qui dure quelques instants et qui est suivie d'une grande prostration.

Le drain est aussitôt replacé et on évacue tout ce qu'on peut du liquide injecté. Néanmoins, le malade est pris de coliques et de douleurs, particulièrement dans la région ombilicale, qui s'est bientôt légèrement empâtée : quelques nausées, mais pas de vomissements.

Pendant les premiers jours qui ont suivi cet incident, le drain a été laissé à demeure, mais les injections ont été abandonnées.

Après 3 jours d'une diarrhée persistante, le malade a été en proie à une constipation opiniâtre, qui a duré 3 semaines environ.

Puis le malade qui, pendant toute cette période, était resté très abattu et avait considérablement maigri, a repris peu à peu ses forces. En même temps que l'état général s'améliore, l'état local devient de plus en plus satisfaisant. Les douleurs et le gonflement de l'abdomen disparaissent, la poche diminue.

Le 25 avril, on enlève le drain : on introduit alors un crayon d'iodoforme dans le petit trajet fistuleux, et on renouvelle ce pansement tous les trois jours.

Le 16 mai, la cicatrisation est à peu près complète ; on cautérise les derniers bourgeons charnus avec le crayon de nitrate d'argent, et le malade quitte l'hôpital à la fin de mai, complètement guéri : les forces sont revenues, l'appétit est excellent, les selles régulières et l'état général est très satisfaisant.

M. le professeur Denigès a fait l'analyse du liquide retiré de la poche kystique, et voici la note qu'il nous a remise :

Examen microscopique : Nombreuses hématies plus ou moins déformées.

Quelques corpuscules graisseux.

Débris cellulaires et granulations protéiques.

Examen spectroscopique : Le liquide étendu de 3 fois son volume d'eau présente nettement le spectre d'absorption de l'oxyhémoglobine sans hématine, ce qui indique que l'épanchement sanguin est relativement récent :

Examen chimique :

Albuminoïdes (comprenant une petite quantité de paralbumine).............	70 grammes.
Urée	0 gr. 20 centigr.
Extractif	3 — 10 —
Sels minéraux (chlorures)...........	6 — 80 —
Résidu sec.........................	80 — 10 —

L'examen des lambeaux retirés de la poche a montré qu'ils étaient constitués par de la fibrine, comme j'ai pu m'en rendre compte sur les préparations faites et étudiées par mon ami Satrazès au laboratoire de M. le professeur Pitres.

De cette observation m'ont paru se dégager plusieurs considérations intéressantes concernant le diagnostic, le traitement et les suites opératoires.

L'histoire clinique des kystes du mésentère est, on le sait, de date récente et depuis la thèse d'Augagneur, en 1886, je suis heureux de constater que les deux travaux les plus importants parus sur la question appartiennent à des auteurs bordelais : ce sont la thèse de doctorat du Dr Arckim, de 1891, et le mémoire très complet de mon ami et collègue Braquehaye.

Les kystes sanguins ou hématomes du mésentère, presque toujours traumatiques, seraient dus soit à la rupture d'un vaisseau dans le mésentère, soit à une hémorrhagie dans un kyste préexistant :

Or, chez notre malade, bien que les commémoratifs ne soient pas très précis, nous savions cependant qu'étant à l'hôpital militaire de La Rochelle, il lui fut fait une paracentèse abdominale, qui donna lieu à du liquide franchement ascitique; de plus, lorsqu'une seconde ponction fut pratiquée par le Docteur Camus deux mois après, le liquide retiré par le troquart était franchement hématique. Ne serait-il donc pas raisonnable de rapprocher cette origine sanguine de la pathogénie signalée par Braquehaye comme étant commune à la majorité des hématomes du mésentère? Mais ce sont là de pures hypothèses, sur lesquelles il est inutile de s'appesantir davantage.

Une deuxième considération sur laquelle j'insisterai a trait au diagnostic.

Comme toutes les tumeurs intra-abdominales, les tumeurs du mésentère offrent le plus souvent les plus grandes difficultés de diagnostic, et, sans vouloir rappeler les nombreuses affections qui peuvent éveiller l'idée d'une semblable tumeur, je ne ferai qu'indiquer ici l'une d'elles qui, dans l'espèce, avait une certaine importance :

Je veux parler de la péritonite chronique enkystée.

Dans les mémoires que j'ai cités plus haut, j'ai vu signalé que c'est une tumeur adhérente, immobile, bosselée, existant presque toujours chez des tuberculeux.

Mais, chez notre malade, n'avait-on pas des raisons suffisantes de songer à la tuberculose, étant donné les deux hémoptysies antérieures, les bronchites à répétitions, la diarrhée persistante, le teint cachectique et enfin une fistule à l'anus?

Toutefois et après examens répétés du malade et cela assez longtemps après l'hypothèse émise par notre confrère, M. le professeur Demons et moi n'avons pas cru devoir adopter cette manière de voir.

Et les signes physiques que nous avons énumérés plus haut (tumeur bien limitée à la région ombilicale, franchement abdominale et complètement indépendante du petit bassin, tumeur bien isolée des autres organes (rein, foie, ratte) par une bande de sonorité très nette, tumeur bien rénitente enfin dans toutes ses parties) nous firent admettre l'idée d'un kyste.

Mais où était situé ce kyste?

En résumé, dit Augagneur, il faudra songer à une tumeur du mésentère quand une tuméfaction intra-abdominale réunira les trois signes suivants :

Situation sur la ligne médiane.

Grande mobilité.

Zône de sonorité à la percussion sur la partie antérieure et au-dessous de la tumeur.

Toutefois, a-t-il soin d'ajouter qu'en examinant de près les faits, on trouve souvent la théorie en défaut.

Mon maître, M. Demons, se fondant sur les caractères du liquide anciennement retiré et sur l'examen local admit l'idée d'un kyste du mésentère, et de fait l'opération lui donna raison : quant à moi, m'appuyant sur cette considération que la tumeur était uniformément mate en tous ses points, je pensai à un kyste de l'épiploon.

Il est certain qu'en pareille circonstance, le diagnostic est des plus difficiles et parfois même impossible.

Aussi, Bianchi, cité par Braquehaye, a-t-il écrit dans la *Riforma Medica* de novembre 1891 que, sans se torturer autant et inutilement l'esprit, la seule chose à faire est une laparotomie exploratrice.

C'est l'opération à laquelle M. Demons s'est décidé et, comme il le fait toujours en pareil cas, il commença par pratiquer une petite incision sous-ombilicale portant sur la ligne blanche et mesurant à peine quelques centimètres.

Or, en arrivant sur la poche, nous avons trouvé celle-ci si adhérente au péritoine pariétal, que les deux parois n'en faisaient qu'une : après avoir évacué la poche et s'être bien assuré avec le doigt qu'elle était unique et constaté aussi que l'extirpation ne pouvait être tentée, nous l'avons marsupialisée.

C'est avec la ponction, avec ou sans injection modificatrice et l'extirpation, l'un des trois procédés de traitement actuellement en faveur.

Or, il est admis que c'est la marsupialisation qui a donné jusqu'ici les meilleurs résultats.

D'après Arckim, elle aurait donné, sur 24 malades, 22 guérisons, 2 morts et une récidive opérée de nouveau et guérie ; nous n'avons pas, il est vrai, chez notre malade à songer à une tentative d'extirpation étant donné les adhérences.

J'ai eu l'occasion de revoir à maintes reprises notre malade et j'ai pu constater que son état général est allé en s'améliorant : il a repris depuis six mois environ sa profession de charpentier, la cicatrice opératoire est parfaitement résistante et il peut fournir un dur labeur sans trop de fatigue.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De la duboisine. — Son emploi dans le traitement de l'épilepsie.

Par M. le Dr Ch. Amat.

La duboisine est un alcaloïde. Extraite d'un arbuste qui croît en Australie, elle a été plus particulièrement employée jusqu'en ces derniers temps pour dilater la pupille et combattre les sueurs des phtisiques. Modifiant les sécrétions, produisant la sécheresse de la bouche comme le fait l'atropine, un chimiste allemand avait un instant pensé que ces deux substances n'en faisaient qu'une seule. Il n'en est rien cependant, car, outre que la solubilité de la duboisine n'est pas la même que celle de l'atropine, qu'elle se

comporte différemment en présence de l'hydrate de baryte, la duboisine accélère les mouvements respiratoires, les battements du cœur, ce que ne fait pas l'alcaloïde de la belladone.

La duboisine exerce encore une action particulière sur le système nerveux caractérisé par de l'assoupissement, ce qui a justifié son utilisation à titre de calmant chez les aliénés agités, ainsi que dans les crises convulsives hystériques. Mais, chez les épileptiques, ses effets ne paraissent pas avoir encore été étudiés jusqu'ici. Or, il résulte des faits observés par MM. Cividalli et Giannelli, chez les malades de l'asile provincial d'aliénés de Rome, que les injections hypodermiques de sulfate neutre de duboisine exercent dans l'épilepsie une action thérapeutique des plus manifestes en diminuant le nombre et l'intensité des attaques convulsives. Mais, c'est surtout dans les diverses formes de la folie épileptique que la duboisine agirait comme un médicament vraiment efficace.

MM. Cividalli et Giannelli pratiquent quotidiennement les injections de duboisine cristallisée sous la peau du dos ou de l'abdomen, jusqu'à ce qu'il se produise un effet thérapeutique suffisant ou que des phénomènes d'empoisonnement obligent à interrompre le traitement. Ils commencent par une dose journalière d'un demi-milligramme chez l'adulte ou de quatre dixièmes de milligramme chez les adolescents et augmentent progressivement la dose, par dixièmes de milligramme jusqu'à un milligramme ou un milligramme et demi par jour.

Ces injections sont toujours plus ou moins douloureuses et provoquent parfois une légère réaction inflammatoire. Après plusieurs injections on note souvent de la dilatation pupillaire, de la sécheresse de la gorge et un peu de vertige. Mais les phénomènes plus graves d'intoxication, ceux qui nécessitent la suppression du médicament, à savoir la faiblesse des membres inférieurs, les frissons, la perte de l'appétit ne surviendraient qu'après l'usage prolongé de doses quotidiennes de un milligramme et demi de sulfate neutre de duboisine.

On sait que la duboisine donne facilement lieu à des effets cumulatifs, aussi conseille-t-il d'interrompre son usage au bout de six à huit jours, à la dose quotidienne de un quart à un demi-milligramme. Je me demande si les doses préconisées par les médecins italiens ne sont pas réellement trop élevées. Pour ma part, je ne me risquerais pas à les prescrire par crainte de sérieux accidents.

Cette question de dose mise à part, reste à savoir, en présence de la multiplicité des médications instituées contre l'épilepsie, quelle est la valeur réelle du traitement par la duboisine. C'est ce que de nouvelles observations confirmant ou infirmant les recherches de MM. Cividalli et Giannelli se chargeront probablement de nous apprendre.

A L'ÉTRANGER

La Médecine au Congrès de Rome.

Il serait impossible d'analyser, même brièvement, les nombreuses communications de médecine et de pathologie générale présentées au Congrès. La synthèse ou le groupement des questions traitées nous entraîneraient trop loin. Nous devons nous borner à signaler les travaux les plus remarquables. Malheureusement il en est peu d'inédits; les revues et journaux français et étrangers nous ont fait connaître, au fur et à mesure de leur apparition, les théories nouvelles, les recherches thérapeutiques récentes, et à ce point de vue le Congrès n'a guère été que la revue générale internationale des travaux de l'année. C'est là le grand service qu'il a rendu; il a simplifié les recherches de bibliographie et a permis de mettre en parallèle les diverses opinions formulées sur les questions éternellement discutées. Avait-il un autre but?

M. le professeur Bouchard, président de la commission française, a donné, d'une façon fort nette et concise, une étude de l'influence du système nerveux ou mieux de la débilitation nerveuse sur la production de la fièvre. Le sujet, pour être moins neuf et moins élevé que les études sur la défense de l'organisme qu'il avait présentées au Congrès de Berlin, a fixé l'attention de tous les médecins. Il y a eu là, peut-être, plus d'enthousiasme pour l'auteur que pour l'objet même de sa communication. Les longues et patientes recherches de M. Bouchard au laboratoire de pathologie générale, les observations cliniques bien suivies lui ont montré le rôle thermorégulateur du système nerveux. C'est surtout dans la fièvre des convalescents, dans la fièvre musculaire niée par tant d'auteurs, dans la fièvre dyspeptique, que ce rôle thermorégulateur est manifeste. Dans tout ces cas, la débilitation nerveuse permet l'apparition de l'hyperthermie. Les réflexes nous protègent contre le froid intérieur — normalement ils s'opposent à l'élévation de température, mais, si le système nerveux est touché, il gardera encore facilement son pouvoir antihypothermique, sans pouvoir lutter contre l'hypothermie. L'évidence de ces faits ressort de nombreuses constatations; pour ne citer qu'un exemple : le travail intellectuel chez un individu normal amène une légère élévation de température localisée à l'encéphale. Que l'individu tombe malade, une simple inquiétude, une préoccupation peuvent suffire à déterminer chez lui une élévation de la température générale.

Aussi, les indications thérapeutiques et prophylactiques sont nombreuses qui peuvent découler de cette admirable leçon sur la fièvre.

Wirchow est venu saluer en Morgagni le père de la médecine scientifique. Le *de sedibus et causis morborum* marque cette étape.

M. Petresco (de Bucharest) a successivement présenté à la section de médecine une série de communications portant sur la thérapeutique des affections microbiennes. C'est un grand thérapeuthe suivant les méthodes modernes.

Son étude de l'antisepsie médicale est nourrie de faits expérimentaux; il a fait un choix rationnel. La série aromatique et principalement les essences restent les antiseptiques de choix; il en est encore un certain nombre que l'on ne pourra pas employer tant que leur coefficient toxique sera inconnu. C'est la traduction moderne du *primo non nocere* formulé par la prudence de nos devanciers.

M. Petresco administre, dans la fièvre typhoïde, le naphtol à la dose de 3 à 4 grammes par jour en douze doses. Fréquemment il l'associe au sulfate de quinine. Le naphtol agit assez activement pour qu'on puisse espérer juguler la maladie, si elle est traitée dès son début.

C'est la méthode de M. Bouchard, mais sans les bains qu'il remplace par les ablutions froides. Il donne en plus à ses malades une limonade au benzoate de soude et à l'acide benzoïque.

Les draps mouillés, de préférence aux bains froids, ont donné à M. Petresco des succès très remarquables dans deux épidémies de typhus. Grâce à ce traitement, la marche de l'affection a été enrayée et la convalescence ordinairement si longue a été courte; sans jamais se compliquer d'infections secondaires ou tardives.

La jugulation de la fièvre typhoïde, expression chère à M. Burggraeve, serait obtenue facilement, d'après **M. Sanchez Herrero** (de Madrid), par l'association de l'huile de ricin et de l'essence de térébenthine (30 grammes d'huile de ricin et 10 grammes d'essence de térébenthine, pris à jeun en une seule fois). L'auteur est très affirmatif sur les résultats de cette médication, puisqu'il dit que la convalescence s'établit avant le dixième jour, toutes les fois que ce traitement est institué dans les cinq premiers jours de la maladie.

A l'heure où le traitement antitoxique de la diphtérie semble

devoir rallier tous les savants, **M. Lampadarios**, s'en tenant au traitement local, fait le procès des irrigations prolongées et répétées, comme difficiles à pratiquer chez l'enfant. Il insiste surtout sur un point de technique, l'ablation méthodique, avec un tampon monté, des fausses membranes.

Le tampon est imbibé d'un liquide antiseptique que chacun choisit suivant son tempérament et frotté fortement au niveau des membranes qu'on enlève. Les produits septiques, dit M. Lampadarios, sont ainsi enlevés, ce qui permet d'éviter les accidents toxiques, paralysies, etc.

Les bactériologistes, de leur côté, recommandent d'éviter le traumatisme qui favorise l'absorption des produits toxiques. La question du traitement de la diphtérie, même locale, n'a pas bénéficié beaucoup de cette communication.

Le traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses a toutes les faveurs de **M. Petresco**. L'étude qu'en a faite son auteur montre qu'on peut employer par jour 4 à 6 grammes de feuilles en infusion jusqu'à la chûte de la température ; que les formes légères peuvent ainsi rétrocéder et que les types graves retirent un bénéfice manifeste de ce traitement. L'étude de l'hypertrophie idiopathique du cœur et la détermination des cas de mort subite par hypertrophie cardiaque a été traitée avec beaucoup d'intérêt par **M. Laache** (de Christiania). Cette communication comporte d'une part une étude étiologique importante des facteurs de l'hypertrophie sans lésions. Nous y voyons figurer quelques causes un peu spéciales. En bon Scandinave, l'auteur s'appesantit sur un sport très commun dans les pays froids, la marche avec les patins à neige. Il a trouvé là de nombreuses observations de surmenage cardiaque.

La thérapeutique y est indiquée avec ses deux formules habituelles : ménager le cœur et le fortifier. L'auteur semble très partisan de ce qu'il appelle l'entraînement du cœur. C'est moins une méthode nouvelle qu'un mot qui tend à prendre droit de domicile en thérapeutique. L'entraînement consistera à habituer le cœur graduellement à subir des fatigues de plus en plus accentuées. C'est une gymnastique spéciale appliquée au cœur et obtenue par les médications courantes mais graduées.

M. Nothnagel (de Vienne) a recherché dans quelle mesure l'organisme pouvait s'adapter aux altérations pathologiques ; il a minutieusement étudié pour chacun des principaux organes comment se faisait la compensation quand une partie de l'organisme se trouvait réduite à l'impuissance. La compensation est la règle, elle peut être utile, par exemple, dans les affections unilatérales des reins, l'organe sain supplée l'autre et fait fonction pour les deux. Elle peut devenir nuisible : ainsi, dans les cas de sclérose pulmonaire, la dilatation du poumon sain peut arriver à détruire les cloisons et à diminuer ainsi la surface des capillaires pulmonaires.

Comment s'accroît l'organisme ? Comment se régénère-t-il ? **M. Bizzozero** (de Turin) s'est étendu longuement sur le jeu des puissances trophiques, il a successivement étudié les modifications de l'organisme à l'état normal, les changements qui s'opèrent dans la convalescence pour la *restitutio ad integrum*.

L'insuffisance ou l'augmentation de la nutrition peuvent diminuer ou accroître la prolifération des éléments de l'organisme, mais ne peuvent supprimer un processus existant ou en créer un nouveau. Les forces trophiques, les nerfs principalement mesurent la nutrition à la cellule, ils la lui dispensent plus ou moins généreusement, mais le principe de la nutrition réside dans la cellule elle-même.

Nous ne pouvons terminer, sans admirer la courtoisie dont a fait preuve le président du Congrès, le **professeur Baccelli**, qui, dans son allocution d'ouverture, a su montrer que le latin dans ses mots bravait les préjugés : il avait porté à Berlin l'invitation de Rome, *viribus omnigenis fraterno more conjunctis*. La réponse des diverses nations ne s'est pas fait attendre : elle fut telle que les Italiens ont pu la désirer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 mai. — Présidence de M. Jules Rochard.

De la virulence du vaccin animal.

M. Hervieux lit à l'Académie une note dont voici les conclusions :

Les phénomènes locaux et généraux qui traduisent la virulence du vaccin animal sont modifiés par l'âge de l'animal, son état de santé, le siège et le nombre des scarifications à lui faites.

La lymphe fraîche est malgré sa faible virulence, ou plutôt en raison de sa faible virulence, une des meilleures préparations vaccinales qu'on puisse mettre en usage pour l'inoculation des jeunes bovidés.

La lymphe fraîche est préférable pour cette inoculation au mélange de la lymphe avec la pulpe, malgré la supériorité de ce mélange au point de vue de la virulence.

La lymphe défibrinée ancienne doit être abandonnée en raison de l'atténuation progressive de sa virulence et des accidents de suppuration auxquels elle peut donner lieu.

La pulpe glycérinée, que l'intensité de sa virulence rendait peu propre à la vaccination des jeunes bovidés, peut, une fois purifiée par le vieillissement, être employée pour ces animaux, mais il n'est pas exact de dire qu'elle produit invariablement le plus pur vaccin.

La pulpe desséchée est abandonnée aujourd'hui, en raison de la dépense de matière pulpeuse qu'exige sa préparation et des dangers auxquels elle expose.

Les vaccinations humaines sont habituellement pratiquées soit avec la lymphe de pis à bras, soit avec la pulpe glycérinée.

Les divergences qui existent entre les auteurs, sur la valeur de ces deux procédés, s'expliquent par les conditions différentes dans lesquelles l'un ou l'autre de ces deux procédés peut être effectué.

L'utilité des microorganismes rencontrés dans le vaccin animal paraît douteuse, puisque la virulence persiste après leur disparition.

M. Vallin. — A mon avis la pulpe glycérinée est bien supérieure à la lymphe prise au pis. Il reste en effet dans la lymphe des débris de tissu cellulaire qui rendent l'inoculation plus difficile. La pulpe est de plus facile à transporter, et il n'est pas toujours possible d'emmener une génisse. Avec la lymphe on ne peut guère faire plus de cent vaccinations en une heure, tandis que la pulpe permet de faire deux cents vaccinations dans le même temps.

M. Colin. — A Lyon, nous n'employons le vaccin qu'après cinq ou six semaines et, pour rendre la pulpe plus homogène, on y ajoute à cette époque un peu de gomme gutte.

M. Vallin. — La pulpe ancienne est plus active, mais, avant de la préconiser, il convient de faire sur les animaux un grand nombre d'expériences.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 mai.

Régénération des centres nerveux.

M. G. Marinesco. — En présence des divergences d'opinions sur la régénération des centres nerveux, nous avons fait quelques expériences, dans le but d'élucider cette question.

Nous avons produit des plaies aseptiques du cerveau, sur divers animaux, et nous avons examiné, à l'aide de diverses méthodes (Flemming, Pal, Nissl, Golgi), les modifications de la région blessée.

Le centre de la région est mortifié, la périphérie irritée et en voie de réparation.

Dans cette zône, on trouve un grand nombre de leucocytes et de phagocytes.

Les formes karyokinétiques y sont abondantes. Cette multiplication se retrouve aussi quelquefois dans les cellules périvasculaires et dans l'endothélium des vaisseaux. On trouve aussi de la division indirecte dans quelques cellules nerveuses, mais elle n'abontit jamais à la division du protoplasma. A aucun moment, on ne trouve de fibres ou de cellules nerveuses néoformées.

Nous avons fait des sections de moelle partielles ou totales. Ici non plus, dans la cicatrice qui réunit les deux bouts, on ne trouve jamais de fibres ni cellules de nouvelle formation ; la cicatrice n'est constituée que par de la névroglie et du tissu conjonctivo-vasculaire.

Nous ne nions pas en principe la tendance des cellules à la régénération, parce que c'est une propriété commune à tous les tissus, les phénomènes de division indirecte que nous avons signalés tendraient à le prouver, mais, dans la lutte pour la vie, le tissu de soutènement l'emporte, et répare la perte de substance à lui seul.

Recherche du bacille d'Eberth dans les eaux.

M. Grimbert. — J'ai recher hé si on pouvait retrouver dans les eaux le bacille d'Eberth lorsqu'il est accompagné du bactérium coli. Dans une première série d'expériences, je mis dans un ballon d'eau stérilisée un centimètre cube d'une culture de bacille d'Eberth et une quantité égale de culture de coli bacille.

Deux jours après, l'application du procédé Péré, limité à un seul passage phéniqué, ne donna qu'une culture pure de bactérium coli, sans trace du bacille d'Eberth.

Je supprimai les milieux phéniqués et j'ensemençai directement l'eau dans un tube de bouillon avec lequel je fis des plaques de gélatine lactosée. Là encore, je ne trouvai que du coli bacille. Dans une seconde série d'expériences, j'ajoutai à un litre d'eau stérilisée un centimètre cube de culture de bacille d'Eberth et deux gouttes seulement d'une culture de coli bacille. Là encore, malgré la faible quantité de culture, le coli bacille fut le seul qui poussa.

Un ballon témoin fut ensemencé avec le même bacille typhique et donna des colonies florissantes; on ne peut donc attribuer la disparition du bacille typhique à un changement de milieu.

Je poursuivrai mes recherches sur ce sujet; pour aujourd'hui, je désirais simplement prendre date.

Action du sang sur la fonction glycogénique du foie.

M. Butte. — Dans une précédente communication, j'ai montré que la glycose qui se produit dans le foie après la mort était formée aux dépens du glycogène préexistant. Seegen, qui croit que le sucre du foie ne donne pas de glycogène, affirme que, lorsque cette dernière substance disparait du foie mort, ce phénomène est de nature cadavérique et peut être interrompu si on maintient le foie vivant en y ajoutant du sang.

J'ai pris pour vérifier cette assertion trois fragments de foie du même poids. Pour le premier, j'ai dosé la glycose et le glycogène cinq minutes après la mort de l'animal; j'ai additionné les deux autres, l'un d'eau distillée, l'autre de sang et j'ai dosé la glycose et le glycogène quatre heures après.

Or, le fragment en contact avec le sang contenait plus de glycose et moins de glycogène que l'autre et de plus la quantité de glycogène disparue dans ce même fragment était plus considérable que ne le faisait croire la quantité de glycose produite; le sang avait donc transformé le sucre comme il le fait normalement. Ces faits sont donc en contradiction absolue avec les affirmations de Seegen. L'excès de sucre trouvé dans le foie ne représente même pas la somme totale de sucre formé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 mai. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Des abcès froids.

M. Bazy fait un rapport sur trois observations d'abcès froids : l'un d'origine tuberculeuse, les deux autres de nature typhique. Ces observations ont été adressées à la Société de Chirurgie par M. Dardignac, médecin militaire.

Le premier cas se rapporte à un abcès froid intralingual. La tumeur était grosse comme un œuf de pigeon et siégeait dans le muscle lingual. La muqueuse était absolument saine. Par mesure de précaution et dans le but d'éclairer le diagnostic, on institua le traitement antisyphilique, mais inutilement. La gêne de la parole et de la mastication augmentant, M. Dardignac fit deux ponctions qui confirmèrent son diagnostic. Il s'agissait bien d'un abcès froid. Le poumon gauche, d'ailleurs, présentait des lésions de tuberculose récente.

Le foyer ouvert, vidé, gratté, la guérison s'effectua très rapidement.

L'auteur insiste dans sa communication sur la pathogénie de cet abcès. A-t-on eu affaire à un abcès par inoculation directe, le poumon n'ayant été pris que secondairement, ou bien, au contraire, l'infection linguale a été secondaire ? C'est ce dernier avis qu'admettent et l'auteur et le rapporteur.

La seconde observation a trait à un jeune soldat qui, au cours d'une fièvre typhoïde, présenta de nombreux abcès. Plus d'un an après sa guérison, il vint à l'hôpital pour un abcès du tibia en face duquel on pensa à la syphilis. Le malade avait eu, depuis sa fièvre typhoïde, un chancre indéterminé. L'incision permit d'enlever des lamelles d'os hyperostosé. Malheureusement, M. Dardignac ne put pratiquer l'examen bactériologique. Il eut affaire là à une ostéomyélite lente, d'origine très probablement typhique.

C'est encore d'un abcès osseux lent chez un typhique, mais au vingt-cinquième jour de la maladie, qu'il s'agit dans la troisième observation. La tumeur n'était ni rouge, ni douloureuse. Elle siégeait au niveau d'une des articulations sternoclaviculaires. La guérison s'effectua sans intervention.

De l'anesthésie par l'éther.

M. Le Dentu. — Fort tenté par les résultats merveilleux obtenus dans les anesthésies à l'aide de l'éther, je demandai en 1892 à deux jeunes confrères de Lyon, venus pour le concours d'agrégation, de vouloir bien procéder devant moi à quelques anesthésies par ce procédé. On continua pendant quelque temps dans mon service, puis on revint insensiblement à l'usage du chloroforme. Depuis quatre mois j'ai définitivement repris l'éther et suis décidé à continuer.

Les statistiques sont très démonstratives. Si on prend les moins favorables, on voit que l'éther produit quatre fois moins d'accidents que le chloroforme. Les résultats, en chiffres donnés au dernier Congrès des chirurgiens allemands, sont encore plus surprenants, puisqu'ils donnent comme moyenne un accident par l'éther contre 14 par le chloroforme. Il est vrai de dire que la même statistique donne un accident sur 1,950 chloroformisations, tandis que la moyenne admise est d'environ 1 pour 4,000.

J'ai essayé les injections d'atropomorphine comme prélude de l'éthérisation, mais, effrayé par les doses habituelles, je n'employais que cinq milligrammes de chlorhydrate de morphine et un quart de milligramme de sulfate d'atropine. Mais l'usage de l'éther seul m'a donné d'aussi bons résultats.

Le masque de Julliard est l'appareil le plus pratique pour l'éthérisation. Au début, peu habitués à administrer cet agent, nous donnions de 200 à 300 grammes d'éther; actuellement, la quantité employée est de 100 à 200 grammes. Pour empêcher la prolongation de la période d'excitation, il importe de donner d'emblée une assez forte dose de l'anesthésique! Mes résultats furent très bons, l'anesthésie fut calme et complète.

Dans les heures qui suivent, les malades n'ont pas ou ont fort peu de vomissements et en tout cas ne présentent pas cet état de dépression qui suit la chloroformisation.

L'éther que j'emploie tant à l'hôpital qu'en ville est l'éther rectifié par le sodium ou le chlorure de calcium. Les deux sont de parfaits anesthésiques et jouissent des mêmes propriétés.

M. Quénu. — Pendant quelque temps, un de mes internes qui avait été l'élève de Roux, de Lausanne, a donné de l'éther dans mon service. J'ai noté, contrairement à M. Le Dentu, la fréquence et l'abondance des vomissements. De plus l'éther est contre-indiqué chez les bronchitiques, les tuberculeux.

Je signalerai également, après beaucoup d'autres, le ronchus, désagréable, inquiétant quand on n'y est pas habitué, qui accompagne le sommeil par l'éther.

Laparotomie pour adhérences gastriques.

M. Terrier. — J'ai demandé la parole pour vous entretenir d'un point très particulier de la chirurgie de l'estomac, mal connu chez nous. Voici le cas dans lequel je me suis trouvé : une femme présentant tous les symptômes d'une lésion grave de l'estomac, ulcère ou cancer, me fut adressée, il y a plus d'un an. La région épigastrique permettait de sentir une tumeur, la nutrition était très défectueuse, les douleurs intolérables. Je résolus de faire une laparotomie exploratrice et d'agir, après avoir constaté *de visu* l'état de l'organe, d'après les renseignements ainsi acquis. Or, la laparotomie faite, je trouvai l'estomac uni par des adhérences assez solides au lobe gauche du foie, à la paroi abdominale antérieure et à l'épiploon rétracté en haut. Je passai et crus devoir ne pas insister. Je libérai l'estomac de ses adhérences que j'estimais néoplasiques ; j'en pris une tranche pour en faire pratiquer l'examen et je refermai l'abdomen.

La malade fut très améliorée d'emblée, puis guérit, lentement il est vrai, mais absolument. Actuellement, un an après l'intervention, elle se porte admirablement et la tumeur épigastrique a disparu. L'examen histologique fut fait par M. Morax et vérifié par M. Cornil : la tranche enlevée ne contenait absolument que du tissu inflammatoire.

Ce cas me remit en mémoire une observation analogue, celle d'un homme qui, présentant tous les symptômes d'un cancer gastrique, guérit parfaitement et sans intervention.

Je recherchai dans la littérature des cas comparables et fus longtemps sans en trouver.

Un de mes élèves me signala dernièrement trois observations de Landerer datant de 1889 : dans les trois cas, la laparotomie fut pratiquée, les adhérences excisées ; la guérison se produisit dans chaque cas.

Une autre observation de Lange (New-York. 1892) a trait à une tumeur prise pour un cancer qui fut enlevée : il n'y avait là qu'une tumeur inflammatoire adénoïde.

M. Tricomi (de Padoue) m'a envoyé la relation d'un cas en tous points comparable au mien. Il incisa le pylore pour l'examiner et, ne trouvant rien, il libéra l'estomac. La malade guérit très facilement.

Le diagnostic des affections de l'estomac n'est donc pas toujours facile, même pendant l'intervention. Il est difficile aussi de décider quelle intervention on devra choisir.

On néglige trop en général la chirurgie de l'estomac. On agit trop tard quand on pourrait intervenir de parti pris, sans indications forcées, comme en crée la péritonite.

M. Peyrot. — Les cas comme ceux de M. Terrier sont loin de simplifier la question. Les médecins, ces dernières années, ont signalé de nombreux cas où le chlorate de soude à haute dose a amené des résultats surprenants dans des affections qu'on croyait cancéreuses. Les inflammations simples de l'estomac simulant le cancer sont donc assez fréquentes.

M. Michaux. — J'ai eu deux fois l'occasion d'observer sur le foie des noyaux blanchâtres ressemblant à des nodules cancéreux et mes malades ont continué à bien se porter.

M. Terrier. — Je regrette une fois de plus que les médecins ne nous envoient les cancéreux que lorsqu'ils ont cessé d'être opérables.

Fistule recto-uréthrale congénitale.

M. Lejars. — J'ai opéré, au mois d'avril 1893, un enfant de 4 ans qui présentait une fistule recto-uréthrale congénitale. A la naissance, il avait une imperforation de l'anus qui fut opérée de suite. Pendant deux ans, l'urine s'écoula en partie par l'anus. Depuis, les matières fécales et l'urine passaient à la fois par l'anus et l'uréthre.

Une bougie introduite par l'uréthre sortait d'elle-même par le rectum.

La fistule, d'après notre examen, correspondait à la région membraneuse de l'uréthre et l'ouverture rectale était établie à 1 centimètre 1/2 de l'anus.

J'introduisis une bougie dans l'uréthre; je fis une incision en forme d'arc au-devant de l'anus et décollai ainsi les tissus prérectaux. Je fis la suture isolée des 2 orifices de la fistule, puis je complétai mon opération par une périnéorrhaphie qui donna à l'enfant un périnée double de celui qu'il avait auparavant. Je mis une sonde à demeure, et administrai du sous-nitrate de bismuth.

La sonde étant difficilement tolérée, je dus la retirer le second jour. La suture périnéale resta en parfait état et cependant la communication uréthro-rectale se rétablit. Je refis la même opération un mois plus tard, sans plus de résultat. Quatre mois après j'intervins pour la 3e fois, mais je décollai le rectum, un bon centimètre au-dessus de la fistule. J'oblitérai les orifices en adossant les surfaces de contact sur une grande largeur, et cela au moyeu d'un double point de suture. Je laissai le périnée ouvert en le bourrant de gaze iodoformée. La sonde à demeure fut bien tolérée; la constipation fut maintenue trois semaines, grâce à un régime approprié. Le résultat fut excellent et définitif.

Cette méthode fut d'abord employée par Astley Cooper, puis par Roser, Pingot et par M. Quénu à l'occasion d'une fistule recto-vaginale. Cette opération est bonne en observant les règles suivantes :

1° Séparer les parois aussi haut que possible ;

2° Suturer isolément les deux orifices ;

3° Laisser béante la plaie périnéale en la bourrant de gaze iodoformée ;

4° Maintenir la constipation le plus longtemps possible et obtenir par la sonde à demeure la dérivation complète des urines.

R. Marmasse.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 10 mai. — Présidence de M. Besnier.

Sur un nouveau cas de trichotillomanie.

M. Hallopeau. — L'auteur formule ainsi qu'il suit les conclusions de son travail. Il existe un état morbide constitué par de vives sensations prurigineuses s'exagérant par accès, dans les parties velues du corps; elles s'accompagnent d'une vésanie qui porte les malades à chercher un soulagement en arrachant les poils des régions où elles se produisent ; l'affection mérite ainsi le nom de trichotillomanie. Ni les poils, ni les téguments ne présentent d'altération appréciable à l'œil nu ; au microscope, les poils paraissent également indemnes ; un certain nombre d'entre eux rampent sous l'épiderme. Il ne s'agit pas d'une variété de prurigo, car les éruptions caractéristiques de cette affection font ici complètement défaut. Cette maladie est de très longue durée et très vraisemblablement incurable; la médication qui paraît le mieux soulager les malades est l'isolement des parties prurigineuses, soit à l'aide de vernis protecteurs, soit par l'enveloppement avec du caoutchouc.

M. FOURNIER pense qu'on trouverait fréquemment quelque état névropathique chez de tels malades, si l'on analysait avec soin leurs manifestations nerveuses et leur hérédité.

M. BESNIER est de l'avis de M. Fournier et ajoute qu'il existe toute une variété de lésions analogues voisines, telles la trichophobe, la trichotillomanie partielle, l'onychophagie, etc.

M. MATHIEU. — Ces malades sont de véritables dégénérés héréditaires.

Laryngite syphilitique tertiaire.

M. MENDEL. — Il s'agit d'un homme de 46 ans, qui entra le 15 mars dernier dans le service de M. Béclère, à l'hôpital Saint-Louis. Il présentait à ce moment une dyspnée considérable, aggravée de temps en temps par des crises d'asphyxie assez intenses pour qu'on ait été sur le point de pratiquer la trachéotomie.

L'examen laryngoscopique permit de constater une tuméfaction énorme de la fausse corde droite qui rejoignait la fausse corde du côté opposé dans la partie antérieure; l'orifice glottique considérablement réduit n'était représenté que par un petit orifice triangulaire rejeté à la partie postérieure.

Le malade se rappela avoir eu un chancre une douzaine d'années auparavant; il ne *s'est jamais traité*.

Un traitement spécifique énergique réduisit assez rapidement l'infiltration de la fausse corde droite, et aujourd'hui le malade respire normalement, sa voix est encore un peu altérée. Notre homme est cocher; il est assez sujet à des enrouements, peut-être son métier qui l'expose directement aux intempéries a-t-il été pour quelque chose dans cette localisation de la vérole. Il n'est ni buveur, ni fumeur.

Pian ou syphilis.

M. LOUIS WICKHAM présente un malade atteint d'une éruption papillomateuse supposée croûteuse qui a évolué en deux poussées successives depuis le mois de novembre 1893. Les éléments de la première poussée existent encore. Les lésions les plus anciennes s'offrent sous l'aspect de véritables choux-fleurs, parfois de framboises, d'où le diagnostic possible de pian, affection exotique appelée aussi frambœsia ou yaws.

Cette maladie règne dans l'Ouest africain et précisément le malade faisait partie depuis onze mois du corps expéditionnaire du Dahomey, lorsqu'apparurent les premières manifestations morbides. Objectivement, il est difficile de rattacher les lésions présentées par le malade à la syphilis. Mais l'administration de l'iodure de potassium a déterminé une amélioration très rapide inattendue. D'autre part, le malade a eu, il y a cinq ou six ans, un chancre, diagnostiqué il est vrai chancre mou et non suivi d'autres lésions. Mais, en matière de chancre et de syphilis, il faut toujours être très circonspect au sujet des diagnostics portés. Aussi, est-il prudent, avant de porter dans le cas actuel un diagnostic définitif, d'attendre l'évolution ultérieure de l'éruption.

M. MOTY. — La lésion, présentée actuellement par le malade de M. Wickham, diffère du clou de Biskra par plusieurs caractères. Les plaques sont plus petites, plus régulièrement circulaires et plus saillantes, les cicatrices qu'elles laissent sont un peu plus épaisses, on trouve au contraire au dos du pied des cicatrices tout à fait caractéristiques du clou de Biskra, cicatrices plates, gaufrées à la périphérie, pigmentées comme elles le sont aux membres inférieurs. Cet homme a donc été atteint du clou de Biskra, mais la lésion actuelle n'est pas du clou de Biskra. Je ne puis émettre d'opinion motivée relativement au pian que je n'ai pas encore eu l'occasion d'observer.

M. HALLOPEAU. — Je pencherais volontiers ici pour un cas de syphilis.

M. MATHIEU présente un cas d'*arsenicisme chronique* : la peau offre des pigmentations tachetées; il existe de l'hyperkeratose palmaire et plantaire.

MM. TENNESON, BROCQ et BESNIER confirment le fait de production kératosique palmaire et plantaire due à l'arsenic.

M. FEULARD présente un cas très particulier de *xanthome juvénile*.

M. FOURNIER fait une communication sur un cas d'éruption due à l'*antipyrine*. Au nombre des accidents éruptifs bizarres que peut produire l'antipyrine prend place une éruption constituée par ce qu'on pourrait appeler une pseudo-syphilide palmaire, éruption doublement remarquable : 1° par la localisation systématique et souvent exclusive sur la main et la face palmaire de la main; 2° par son ensemble objectif qui est ou peut être exactement celui de la syphilide palmaire.

Syphilis maligne précoce (Syphilides tuberculeuses étalées en nappe) ; pseudo pelade.

M. GASTOU présente une malade sur la face de laquelle existe une large syphilide. Le front, les joues, les lèvres, le menton sont recouverts de nappes érythémateuses confluentes en nappes saillantes, donnant au doigt la sensation d'une infiltration tuberculeuse. Sur ces nappes, se voit au niveau des os malaires, de la kératose pilaire. Cette kératose se retrouve également maximum au niveau du dos de la face externe des bras et en d'autres points du corps.

Sur la nuque, le dos, la poitrine, les membres supérieurs, existe également une éruption de syphilides d'aspect polymorphe, érythémateuses par places, érythémato-papuleuses en d'autres points. L'aspect général de cette éruption rappelle à la fois, par certains de ses caractères, le pityriasis rosé, voire même le pityriasis rubra pilaire.

Une alopécie à forme pseudo-peladique a atteint le cuir chevelu, les sourcils. La malade ne conserve que quelques touffes de cheveux fragiles, atrophiés, néanmoins assez adhérents. Dans ces cheveux on constate au microscope de fines granulations rappelant l'aspect de spores parasitaires. Sur les plaques alopéciques à la loupe on voit au niveau des follicules pileux des croûtelles jaunes ou noirâtres d'aspect kératosique analogue à la kératose pilaire du dos.

La malade qui a de plus une irisis double est presque amaurotique. L'examen de son sang montre une augmentation manifeste des globules blancs, elle présente, en outre, de l'anesthésie des seins et de la face dorsale des mains. Rien de viscéral. La syphilis remonte à six mois; elle ne s'était jamais traitée. Sous l'influence du traitement spécifique, les lésions de la face ont subi déjà une régression notable.

Du mycosis fongoïde.

M. LEREDDE communique une étude sur l'histologie du mycosis fongoïde. Les lésions sont constituées par des nodules périvasculaires; ceux-ci comprennent et des cellules fixes, reliées par un réticulum, et des lymphocytes compris dans les mailles. La présence du réticulum est un fait constant, quand on le recherche par le réactif de Biondi.

On ne peut admettre l'opinion exclusive de M. Philippson qui ne reconnaît que des cellules conjonctives, ni l'opinion inverse n'admettant que des éléments lymphatiques.

Le début des lésions se fait par la prolifération des cellules fixes périvasculaires, dans la région sous-papillaire et les papilles. La présence constante de mastrellea en grand nombre est à noter.

A une période un peu avancée, l'endothélium des vaisseaux se multiplie; si quelques-uns s'oblitèrent, on a des cellules géantes, mais sans granulations caséeuses.

Quand il existe des leucocytes polynucléaires et éosinophiles, il s'agit d'un accident, lié à la présence de microbes banals.

On peut observer dans le mycosis des lésions histologiques en des points de peau paraissant tout à fait sains. Le caractère spécifique de ces lésions est accusé par la présence d'un réticulum et la diapédèse intra-épidermique. On peut, du reste, trouver dans certaines affections cutanées, par exemple la syphilis à la période secondaire, des lésions microscopiques, en des points où à l'œil nu on ne voit aucune altération.

LOUIS WICKHAM.

LES LIVRES

Chez G. Masson et Marchal-Billard.

La nouvelle Législation médicale, par MM. Lechopié et Floquet. (1 fort vol. in-18; prix fort : 4 fr. 50.)

Dans le compte rendu sommaire que nous avons présenté de ce livre, nous avons dit, par erreur, qu'il était l'œuvre des docteurs Lechopié et Floquet, alors que, pour nous servir des expressions empruntées à la préface même de M. le professeur Cornil, le rapporteur de la nouvelle loi sur la médecine au Sénat, il avait la bonne fortune d'être dû à l'heureuse association d'un juriste consommé, avocat à la Cour de Paris, Me *Lechopié*, et d'un docteur rompu à toutes les difficultés pratiques, M. Ch. *Floquet*, médecin du palais de justice de Paris, auteurs du « Code des Médecins ».

Ce livre, le seul sur la matière, est absolument indispensable aux médecins, dentistes, sages-femmes et étudiants français et étrangers, pour se guider sûrement au milieu des écueils d'une réglementation compliquée qui vient de transformer si complètement l'exercice et l'enseignement de la médecine, de l'art dentaire et de la pratique obstétricale.

Le prix volontairement modique de 4 fr. 50 le met à la portée des bourses les plus modestes et lui assure une place dans la bibliothèque ou sur le bureau de tout praticien ou étudiant en médecine, à côté du Code des Médecins des mêmes auteurs, dont il est l'indispensable complément.

Renfermant, indépendamment d'un commentaire on ne peut plus complet, tous les textes des lois, décrets et règlements de 1892 à 1894, sur l'exercice et l'enseignement de la médecine, il emprunte encore, en quelque sorte, un regain d'actualité à la très savante discussion qui vient d'avoir lieu à la séance du Sénat du 8 mai courant (*Journal Officiel* du 9 mai 1894), sur une interpellation de l'honorable M. Gadaud, relative aux nouveaux règlements des études médicales, particulièrement en ce qui concerne l'institution, dans les Facultés des sciences, d'un enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles, par décret du 31 juillet 1893, discussion qui s'est terminée par le vote de l'ordre du jour pur et simple à la suite d'observations présentées par le ministre de l'instruction publique et MM. Cornil et Léon Labbé.

Le fort utile et intéressant ouvrage de MM. Lechopié et Floquet renferme tous les documents officiels concernant cet enseignement des sciences physiques, chimiques et naturelles, ainsi que les décrets et autres règlements relatifs aux droits à payer par les aspirants aux grades de docteur, chirurgien-dentiste et sage-femme, à la nomination des experts, au nouveau tarif des médecins, à la déclaration des maladies épidémiques, et la loi sur l'assistance médicale gratuite du 15 juillet 1893. En un mot, c'est un code complet de la nouvelle législation médicale, le guide, le *vade mecum* nécessaire de tous les praticiens ou étudiants, français et étrangers, pour lesquels la plupart de ces documents si importants sont encore totalement inconnus et d'ailleurs introuvables au milieu des volumineux et innombrables recueils officiels dans lesquels ils demeurent enfouis, quand encore ils s'y trouvent !

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 21 AU 26 MAI 1894

A. — Examens

Lundi 21 mai. — 3e Examen oral (1re partie) : MM. Terrier, Lejars et Varnier. — (2e partie) : MM. Hayem, Brissaud et Marie. — Suppléants : MM. Farabeuf et Jalaguier. — 5e Examen (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Nicaise et Delbet. — (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Lancereaux et Déjerine. — 1er Examen de chirurgien-dentiste. — MM. Reclus, Sebileau et Retterer. — Suppléants : MM. Landouzy et Chauffard.

Mardi 22 mai. — 2e Examen oral (1re partie) : MM. Mathias Duval, Remy et Poirier. — 3e Examen oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Pozzi et Albarran. — 4e Examen : MM. Proust, Pouchet et Gilbert. — Suppléants : MM. Le Dentu et Gley. — 5e Examen (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Duplay, Richelot et Schwartz. — 5e Examen (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Guyon, Humbert et Brun. — (2e partie) Charité : MM. Cornil, Roger et Letulle. — (1re partie), Oral, Obstétrique, Clinique rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar. — Suppléants : MM. Dieulafoy et Ballet.

Mercredi 23 mai. — 2e Examen oral (1re partie. 1re série) : MM. Nicaise, Sebileau et Retterer. — (1re partie. 2e série) : MM. Farabeuf, Lejars et Poirier. — 3e Examen oral (1re partie) : MM. Pinard, Reclus et Tuffier. — (2e partie) : MM. Grancher, Landouzy et Chauffard. — Suppléants : MM. Fournier et Marie.

Jeudi 24 mai. — 3e Examen oral (1re partie, 2e série) : MM. Duplay, Humbert et Maygrier. — Oral (1re partie, 2e série) : MM. Le Dentu, Richelot et Bar. — (2e partie) : MM. Joffroy, Letulle et Gilbert. — Suppléants : MM. Proust et Albarran.

Vendredi 25 mai. — 2e Examen oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Poirier et Netter. — Suppléants : MM. Pouchet et Delbet. — 5e Examen (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Terrier, Reclus et Jalaguier. — (2e partie), Charité : MM. Potain, Brissaud et Gaucher. — 1er Examen de chirurgien-dentiste : MM. Ricard, Sebileau et Retterer. — Suppléants : MM. Hayem et Tuffier. — 5e Examen (1re partie) Obstétrique (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes et Varnier. — Suppléant : M. Lejars.

Samedi 26 mai. — 3e Examen oral (1re partie) : MM. Mathias Duval, Quénu et Poirier. — 3e Examen (2e partie) : MM. Dieulafoy, Roger et Ménétrier. — Suppléants : MM. Pouchet et André. — 5e Examen (1re partie) Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Panas, Schwartz et Brun. — (2e partie) Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Cornil, Chantemesse et Marfan. — (2e partie) Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Laboulbène, Ballet et Letulle. — Suppléants : MM. Richelot et Brun. — 5e Examen (1re partie). Obtétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar. — Suppléant : M. Remy.

B. — Thèses

Mercredi 23 mai. — *M. Combalat* : Dermatoses professionnelles. — *M. Guilliou* : Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement du prolapsus génital chez les femmes âgées. — *M. Cordier* : De l'emploi des injections Brown-Séquardiennes chez les aliénés mélancoliques. — *M. Trenel* : Etats spasmodiques et contractures permanentes dans la paralysie générale. — *M. Bourdon* : De l'impulsion et spécialement de ses rapports avec le crime.

Jeudi 24 mai — *M. Pau* : Des urines dans la scarlatine. — *M. Baudron* : De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement de lésions bilatérales des annexes de l'utérus (Opération de Péan). — *M. Courtey* : Etude sur le ptérygion. — *M. Sépet* : Des rechutes ou récidives à brève distance dans la variole. — *M. Barret* : Relation entre la pelade et la teigne. — *M. de la Rochefordière* : Sur deux cas récents d'utérus bicorne. — *M. Miquet* : De l'appareil urinaire chez l'adulte et chez le vieillard (étude anatomique, histologique et physiologique).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Faculté de Médecine de Paris

Année scolaire 1894.

Concours

1o Pour le clinicat médical ;
2o Pour le clinicat des maladies mentales ;
3o Pour le clinicat des maladies des enfants.

Ce concours s'ouvrira à la Faculté de Médecine de Paris, le lundi 25 juin 1894, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu :

1o Pour le clinicat médical :

A la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de quatre chefs de clinique adjoints ;

2o Pour le clinicat des maladies mentales :

A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint ;

3o Pour le clinicat des maladies des enfants :

A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la

Faculté avant le 10 juin 1894. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures, guichet n° 2.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL (ACCOUCHEMENTS).

La question écrite a été : « Structure de l'ovaire-ovulation ».

CONCOURS DE L'ADJUVAT D'ANATOMIE.

La question écrite a été : « Anatomie et physiologie des muscles pelvi-trochantériens ». Les questions restées dans l'urne étaient : « Anatomie et physiologie de l'articulation de la hanche ; — Anatomie et physiologie du nerf spinal ».

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL DE CHIRURGIE (DEUX PLACES)

Les trois premières épreuves de ce concours sont terminées. Les candidats admissibles sont, par ordre de points acquis : MM. 1er, Albarran ; 2e, Sehileau ; 3e et 4e, Thiéry et Beurnier, *ex-æquo* ; 5e et 6e, Rieffel et Chevalier, *ex-æquo* ; 7e, Legneu ; 8e, Demoulin.

Les concours qui devaient s'ouvrir le 5 novembre 1894, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie aux Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie de Rouen et de Rennes, sont reportés : le premier au 19, le second au 12 du *même mois*.

Les études médicales devant le Sénat.

Le Sénat vient de discuter une interpellation de M. le Dr Gadaud sur l'application des nouveaux règlements des études médicales qui doivent entrer en vigueur le 1er novembre 1895.

Dans un discours fort éloquent et qui a été justement applaudi, M. Gadaud a développé cette idée que les sciences dites accessoires doivent être enseignées dans les Facultés ou Écoles de médecine, comme cela se fait actuellement, au lieu de l'être dans les Facultés des sciences, ainsi qu'en a décidé un récent décret ministériel.

M. Gadaud a, en conséquence, proposé l'ordre du jour suivant : « Le Sénat, persuadé que toute restriction apportée à l'enseignement de la médecine est de nature à nuire aux intérêts » de la science et de la profession médicale et, par suite, à compromettre la santé publique, invite le gouvernement à modifier » son décret du 31 mars 1894 dans le sens du maintien aux » Facultés de médecine des chaires de physique, de chimie et » d'histoire naturelle médicales, ainsi que de l'examen du doctorat » correspondant, et passe à l'ordre du jour. »

MM. Labbé et Cornil ont soutenu énergiquement cet ordre du jour qui a été combattu par M. le Ministre de l'Instruction publique.

M. Audren de Kerdrel a, ensuite, émis l'opinion que des questions de ce genre étaient d'ordre essentiellement pédagogique, et que, par suite, elle ne relevaient pas d'une assemblée politique.

Le Sénat a donné raison à M. Audren de Kerdrel et, finalement, a voté l'ordre du jour pur et simple.

Le budget de l'instruction publique pour 1895 présente sur le budget de 1894 une augmentation de 2,535,285 francs. Parmi les crédits nouveaux signalons les deux suivants :

Un crédit de 75,000 francs est destiné à faire face à l'organisation de l'enseignement des dentistes dans quelques Facultés de médecine. La loi du 30 novembre 1892 fait à l'Etat obligation d'organiser cet enseignement. La dépense sera en grande partie couverte par les droits à percevoir de la nouvelle catégorie d'étudiants.

Un crédit de 400,000 francs permettra d'organiser l'enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles dans les Facultés des sciences. On sait que deux décrets récents, rendus après avis du conseil supérieur de l'instruction publique, ont réorganisé les études médicales. Désormais l'étudiant en médecine, avant d'aborder les études médicales proprement dites, devra s'être initié dans une Faculté des sciences aux sciences physiques, chimiques et naturelles.

Ce nouvel enseignement servira à d'autres étudiants qu'aux futurs étudiants en médecine, à ceux qui se destinent à l'industrie, à l'agriculture ; l'accès en sera ouvert, en même temps qu'aux bacheliers, aux sujets d'élite sortis de l'enseignement primaire. La dépense résultant de cette organisation, personnel et matériel, sera couverte, et au delà, par une recette correspondante.

En outre, des crédits sont demandés pour la création d'une chaire d'histologie à la Faculté de médecine de Montpellier, et pour la transformation en chaire du cours de clinique des maladies des enfants à la Faculté de Lyon.

Le conseil municipal a reçu la proposition du déplacement de l'amphithéâtre des hôpitaux qui serait transporté boulevard Arago et a voté la création d'un service de quarante-quatre lits à la Clinique d'Accouchements.

Observatoire de Meudon.

M. Moissan, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris, est nommé, jusqu'à la fin de la période triennale 1892-1895, membre du Conseil de l'observatoire d'astronomie physique de Meudon, en remplacement de M. Frémy, décédé.

Enseignement médical libre. — Hôpital Saint-Louis.

Le docteur Du Castel reprendra ses conférences cliniques et thérapeutiques le samedi 12 mai, à 10 heures, dans la salle de conférences du musée, et les continuera le samedi de chaque semaine à la même heure.

Le lundi, à 9 heures et demie, traitement chirurgical des affections cutanées, salle Emery ; le mercredi, consultation externe à 9 heures ; le jeudi, examen et discussion des nouveaux malades, salle Hillairet, à 9 heures.

Le 2e dîner statutaire pour l'année 1894 de l'Association de la Presse médicale française a eu lieu le 11 mai 1894 au restaurant Marguery, sous la présidence de M. de Ranse, syndic. Dix-sept membres assistaient à cette séance.

Le secrétaire général a fait part de ce qui s'est passé depuis la dernière réunion et des démarches qu'a nécessitées l'envoi en Russie de la brochure imprimée pour perpétuer le souvenir du Banquet offert sous l'initiative de l'Association par le corps médical français aux médecins de l'escadre russe. Il a donné ensuite communication de la lettre de remerciements du czar, reçue par l'intermédiaire de l'ambassade de Russie.

Sur la proposition de M. Rollet, l'assemblée a décidé de souscrire la somme de 50 francs pour le monument Diday à Lyon. M. Gouguenheim a fait son rapport sur la candidature de M. le docteur M. Natier, rédacteur en chef de la *Revue internationale de Laryngologie et d'Otologie*, et à l'unanimité M. Natier a été admis comme membre de l'Association. Des rapporteurs ont été nommés à l'occasion de diverses candidatures. Puis M. Cézilly, syndic sortant, a été réélu à l'unanimité et félicité pour le dévouement qu'il apporte à la bonne gestion des fonds de l'Association.

Puis il a été décidé que les secrétaires généraux de Sociétés savantes ne pouvaient, dans aucun cas, être assimilés à des directeurs de journaux.

Au cours de cette réunion, MM. Laborde et Baudouin ont raconté de quelle cordiale façon les représentants de l'Association avaient été accueillis à Rome à l'occasion du dernier Congrès par les journalistes médicaux italiens et signalé l'organisation d'un *Comité provisoire international*, chargé d'étudier les voies et moyens d'assurer le service de la presse dans les prochains Congrès internationaux.

Une sous-commission, composée des membres français de ce Comité international, MM. Laborde et Baudouin, et de MM. Janicot, Meyer et Bilhaut, a reçu la mission d'élaborer un projet qui sera présenté et discuté au prochain dîner.

Chemin de fer d'Orléans.

VOYAGE D'EXCURSION AUX PLAGES DE LA BRETAGNE

Du 1er mai au 31 octobre, il est délivré des billets de voyage d'excursion aux plages de Bretagne, à prix réduits, et comportant le parcours ci-après :

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 21 — 26 Mai 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

REVUE GÉNÉRALE

Les myocardites.

Voici un sujet qui n'est pas nouveau, et que pour cette raison on s'étonnera peut-être de voir figurer dans une revue généralement consacrée aux questions d'actualité, aux questions du jour. En effet, il en est peu qui aient été plus souvent remises en cause et discutées, peu qui aient tenu plus de place dans les préoccupations des pathologistes : preuve certaine de son importance et de l'intérêt qu'il y aurait à résoudre toutes les inconnues qui s'y rattachent. C'est dans cet ordre d'idées que la connaissance des maladies du cœur présente encore le plus de lacunes, et nous sommes loin de posséder, en ce qui les concerne, des notions aussi étendues et aussi précises que lorsqu'il s'agit des lésions orificielles et des altérations valvulaires, dont l'histoire a longtemps constitué tout l'édifice de la pathologie cardiaque ; toutefois, l'impulsion est donnée, et cette étude a réalisé dans ces dernières années de grands et incontestables progrès.

C'est dans le domaine de l'anatomie pathologique que ces progrès ont été le plus marqués. On ferait un volume rien qu'avec l'énumération des documents qui s'y rapportent. La fréquence des autopsies, d'une part, puis le perfectionnement des méthodes histologiques expliquent cette abondance, qui n'est pas toujours synonyme de richesse. Sous le rapport clinique, les acquisitions sont aussi nombreuses, mais peut-être moins durables que sur le terrain anatomique. Cette infériorité vient sans doute de ce que le domaine des myocardites a été démesurément accru, presque au delà des limites de la vraisemblance. Il y a eu là un certain degré d'exagération qui ôte nécessairement de leur valeur aux conceptions nosologiques tendant à la formation des catégories et à la constitution des espèces. En fait, celles-ci ont été multipliées à l'excès ; d'après des données souvent schématiques qui ne résistent pas toujours à la critique. Des restrictions sont devenues nécessaires, qui d'ailleurs ne sauraient être considérées que comme de simples temps d'arrêt, non comme de véritables retours en arrière.

L'étude de ces graves altérations du cœur a fait récemment l'objet de plusieurs travaux importants, parmi lesquels nous viserons particulièrement celui de M. Beaumé, qui a cherché à tracer une description d'ensemble et à donner ainsi une idée générale de la séméiologie des myocardites. Une division préalable s'imposait, comme nécessaire à la clarté du sujet ; celle qui sépare les formes chroniques des myocardites aiguës, distinction aussi logique que peut l'être, dans un ordre d'idées voisin, celle des artérites aiguës consécutives aux maladies infectieuses d'avec les altérations essentiellement lentes et progressives nommées artério-sclérose et athérôme. Les formes chroniques sont peut-être plus fréquentes en clinique, en tous cas mieux connues ; c'est pourquoi M. Beaumé leur a donné la première place dans sa description.

En ce qui concerne l'anatomie pathologique de cette classe de myocardites, il y a encore plus d'une divergence motivée par la difficulté d'interprétation des lésions qui les caractérisent. On pourrait se livrer ici à une énumération, d'ailleurs fastidieuse, mais il suffira de citer les principales théories pathogéniques : celle de la dégénérescence graisseuse, défendue par Peter, et contestée absolument par d'autres ; celle de l'atrophie simple, que Weber et Nicolle ont soutenue avec conviction ; puis l'hypothèse plus vraisemblable de l'artério-sclérose, que Debove et Letulle ont vulgarisée, et que bien d'autres ont acceptée après eux, au point qu'elle est devenue à peu près classique. Chacune de ces théories a sa raison d'être, en ce sens qu'elle s'appuie sur des faits particuliers dont l'ensemble représente des groupes d'altérations spéciales, non susceptibles d'être identifiées et confondues avec les altérations du groupe voisin. Au point de vue de la pathogénie, on pourrait les rattacher à deux catégories principales : celle de la théorie dystrophique ou ischémique, des lésions indirectes ou à distance, et celle de la théorie directe, que l'on peut qualifier aussi d'inflammatoire, étant donné le rôle que l'irritation joue dans sa

genèse et dans son évolution. On peut d'ailleurs concevoir de plusieurs manières ce rôle de l'irritation : on peut admettre une extension périvasculaire de la diathèse fibroïde généralisée, une simple sclérose succédant à l'endopéri-artérite, ou bien une irritation primitive du tissu conjonctif interstitiel sans participation appréciable de l'élément vasculaire. Au milieu de ces divergences, on trouve toutefois une idée commune, savoir la notion de l'influence de l'irritation chronique du stroma conjonctivo-vasculaire du cœur. C'est cette notion qu'il importe de retenir, si l'on veut pouvoir remonter du symptôme à la lésion, et établir entre l'un et l'autre un rapport adéquat, de manière à établir une filiation pathogénique rationnelle et facile à saisir.

De fait, la séméiologie des myocardites chroniques a été singulièrement élucidée depuis quelques années, c'est-à-dire depuis que les progrès de l'anatomie pathologique ont permis d'apprécier la valeur des altérations qui leur servent de substratum et de point de départ. Même il a été possible de créer des types et d'établir des variétés, précaution nécessaire pour éviter une regrettable confusion. Ainsi M. Huchard n'a pas décrit moins de cinq types pour classer les symptômes par lesquels se révèle la maladie qu'il appelle artério-sclérose du cœur, et qui, pour nous, doit être identifiée avec la myocardite chronique, envisagée d'une manière générale. Cette division est peut-être un peu factice, instituée qu'elle est pour les besoins de la cause? En effet, dit M. Beaumé, il est assez difficile en pratique de discerner ce qui revient au myocarde lui-même de ce qui est imputable à certaines altérations coexistantes : lésions valvulaires ou bien scléroses viscérales (néphrite interstitielle). Toujours est-il que l'on connaît bien aujourd'hui la marche de ces cardiopathies et que l'on sait les distinguer des affections valvulaires, si semblables au premier abord par leur physionomie extérieure que l'erreur est presque inévitable pour un médecin peu exercé. On sait qu'elles peuvent occuper une place importante dans la pathologie du cœur, et qu'elles comportent une gamme très étendue dans l'échelle de gravité. Dans cet ordre d'idées, la clinique a réalisé de grands progrès depuis quelques années.

Les divergences sont plus marquées en ce qui concerne l'étiologie. Ici, toutes les opinions se sont fait jour, la plupart discutées encore à l'heure actuelle. Une des hypothèses les plus accréditées est celle qui fait remonter l'origine des altérations intimes du myocarde aux intoxications : celles-ci pouvant être d'origine extérieure (alcool, plomb, tabac), les autres empruntées à l'individu lui-même, intrinsèques, si l'on peut ainsi dire (rhumatismes, goutte, diathèse urique). Plus récemment, on a cherché à faire une certaine part à ce que l'on appelle l'infection, terme un peu vague, difficile à définir et qui a déjà perdu quelque chose de sa signification et de sa valeur, par l'abus qui en a été fait. On peut le remplacer par l'énumération des maladies auxquelles il sert habituellement de tête de chapitre : Fièvre typhoïde, variole, scarlatine, érysipèle, pneumonie, impaludisme, etc. etc., et qui ont été invoquées tour à tour comme élément causal du développement des myocardites. MM. Landouzy et Siredey, entre autres, ont beaucoup insisté sur cette étiologie, surtout en ce qui concerne la fièvre typhoïde : mais leurs affirmations laissent subsister des doutes et autorisent quand même certaines réserves et restrictions. La principale objection est tirée de ce que l'intervalle qui sépare le moment d'action de ces maladies de celui où les accidents viscéraux éclatent est parfois si prolongé, qu'il devient fort difficile de discerner et surtout de démontrer un rapport quelconque entre la cause antérieure et l'effet si tardif qu'on lui impute. Il n'y a pas ici cet ordre de succession rapprochée, ni cette relation visible qui rattache les altérations valvulaires au rhumatisme articulaire aigu. C'est là, dans l'histoire de cette classe de myocardites, une question à reviser, un chapitre à parachever, ce qui doit être l'œuvre du temps et des observations accumulées.

Si l'étiologie des myocardites chroniques laisse encore place à bien des recherches, celle des myocardites aiguës est plus avancée, sans doute parce qu'en raison de la brièveté de leur évolution, il est généralement plus facile de suivre la filiation qui rattache l'effet à la cause. Nous retrouvons ici le groupe entier des maladies infectieuses, et en tête la fièvre typhoïde, qui paraît être le grand fauteur des altérations aiguës et de l'adynamie du cœur. Sur ce terrain il y a peu de contestation, mais plutôt un accord à peu près universel qui laisse moins de place au scepticisme. La symptomatologie de ces myocardites aiguës est aussi plus simple, plus facile à saisir. Elle peut se résumer dans une sorte de syndrôme clinique assez écourté, qui correspond à ce que l'on a nommé insuffisance cardiaque. Les modifications du pouls et les particularités stéthoscopiques révélées par l'auscultation précordiale forment les éléments principaux de cet ensemble qu'un médecin exercé ne peut méconnaître, et sur la valeur duquel on ne peut discuter que s'il s'agit de tel ou tel point de détail, d'une interprétation plus ou moins délicate : par exemple, la disparition du premier bruit du cœur, ou bien l'apparition du rhythme fœtal, de l'embryocardie, si bien mise en lumière par Huchard. Comme aboutissant de cette manière de syndrôme, un fait grave : le collapsus cardiaque, avec son cortège de phénomènes inquiétants: cyanose, algidité périphérique, sueurs froides, anurie, asphyxie, refroidissement progressif de la température centrale. Et, comme sanction de la gravité pronostique inhérente à une pareille déchéance, issue très douteuse, terminaison souvent mortelle. Voilà ce que nous apprend l'observation, corroborée d'ailleurs par les résultats des examens nécroscopiques.

Il est vrai que l'on trouve ici, comme dans tout processus pathologique, des degrés et des nuances qu'il importe de connaître, si l'on veut éviter l'écueil d'un jugement uniformément sévère. En pareil cas, l'analyse de chaque symptôme considéré isolément est indispensable pour le diagnostic et pour le traitement, car les indications ne peuvent ressortir nettement que de cette critique de détail. Dans cet ordre d'idées, une grande part est nécessairement laissée à l'initiative individuelle. En réalité, il n'y a peut-être pas un signe qui n'ait fourni matière à litige et motivé des conclusions très diverses. Ces discussions se retrouvent à propos de la valeur du pouls, de l'abaissement spontané de la pointe du cœur, ou bien lorsqu'il s'agit de la douleur spontanée ou provoquée au niveau de la pointe du cœur (Peter). Pour d'autres, ce sont les signes fournis par l'auscultation qui ont donné matière à contestation : ceux-ci incriminant

une lésion valvulaire récente, ceux-là imputant à la myocardite seule tous les troubles du rhythme et tous les bruits anormaux. Mais il y a un fait plus important à retenir que ces querelles de détail, c'est qu'il peut exister, à côté de la forme grave, traduite par l'insuffisance et le collapsus cardiaque, des formes légères ou atténuées, d'un diagnostic obscur et difficile. Ce sont ces dernières qu'il importe le plus de connaître, si l'on veut, dans la pratique, faire efficacement œuvre de médecin. M. Beaumé a eu raison d'insister sur ce chapitre, et c'est peut-être le soin qu'il a pris de les mettre en lumière qui donne à son travail son originalité et sa valeur particulières.

Un des accidents sur lesquels il convient d'insister aussi, comme un des plus importants symptômes des myocardites aiguës, c'est la mort par syncope, redoutable éventualité qui rend très aléatoires les prévisions du lendemain chez certains typhiques. (Voir thèse de Dieulafoy). Les progrès de l'anatomie pathologique ont permis de pénétrer plus avant dans la connaissance du mécanisme qui préside à la production de cet accident. Il y aurait là en quelque sorte une étape intermédiaire entre la myocardite aiguë et la sclérose dystrophique, une altération caractérisée par la prédominance des lésions artérielles sur les lésions parenchymateuses. Telle est du moins l'opinion de MM. Landouzy et Siredey, qui sont arrivés à cette conclusion après des recherches approfondies sur le cœur des typhiques. Cette opinion représente certainement un progrès sur les théories antérieures, toutes plus ou moins marquées au coin de l'hypothèse et dépourvues de critérium anatomique suffisant.

Au-dessus de ces questions de théorie, se place pour le praticien la nécessité d'être renseigné sur le pronostic applicable à ces graves altérations du myocarde et de pouvoir connaître à l'avance l'avenir réservé à ses malades. Grave question, à laquelle l'état actuel de la science ne permet pas encore de donner une réponse précise, uniformément applicable à tous les cas où elle peut se présenter. Ce que l'on sait, c'est que les myocardites aiguës peuvent évoluer silencieusement et passer à l'état chronique sans se révéler extérieurement par un ensemble clinique suffisant pour en trahir l'existence. On observe pourtant quelquefois certains signes révélateurs, comme les intermittences du pouls, dont Landouzy et Siredey ont cherché à montrer la valeur en tant que phénomène propre à faire prévoir l'imminence ou l'éventualité d'une syncope mortelle. L'augmentation de volume du cœur est aussi un fait qui peut mettre sur la voie d'une myocardite en voie d'évolution, de lésions chroniques en voie d'organisation. Mais ce fait est d'une constatation moins facile, il attire moins l'attention et n'a peut-être pas l'importance clinique du précédent. Le médecin est donc réduit, dans la majorité des cas, à soupçonner l'altération du myocarde, et sa vigilance ne trouve pas toujours, ainsi qu'il arrive pour d'autres maladies, de fil conducteur propre à l'éclairer. Il est vrai que le pronostic ici n'est pas constamment et uniformément sévère; car, s'il est vrai que les myocardites aiguës peuvent laisser après elles des lésions indestructibles, il est vrai aussi qu'elles peuvent guérir complètement et aboutir à cette *restitutio ad integrum* qui est le but idéal auquel la science médicale doit chercher à atteindre par tous les moyens possibles.

On pourrait développer encore ces considérations sur les myocardites, insister, par exemple, sur leur évolution, sur leur étiologie, etc. Il est certain que ces questions sont aujourd'hui bien mieux connues qu'autrefois. En particulier, l'importance de la voie sanguine comme moyen d'apport des éléments irritants ou toxiques, le rôle des vaisseaux (endartérite) nous apparaissent bien plus clairement à l'heure actuelle. Puis l'expérimentation a pu reproduire quelques-unes des lésions que l'examen cadavérique avait permis de reconnaître chez des individus morts de maladies infectieuses spontanées. Le rôle des bactéries, leur présence dans l'intérieur des vaisseaux ont été mis de la sorte à la place qui leur convient, pour figurer désormais parmi les causes pathogéniques des myocardites. On a pu saisir ainsi la lésion, en quelque sorte à sa naissance, en suivre la filiation à travers les étapes qui aboutissent à l'organisation des altérations définitives. Et, par une série de raisonnements logiques, on est arrivé à une conclusion pratique toute en faveur de l'hygiène, car cette conclusion proclame, avant toute chose, la nécessité d'une bonne prophylaxie des maladies causales. En effet, dit M. Beaumé, on peut empêcher ces maladies, bien plus qu'on ne peut guérir les cardiopathies qu'elles déterminent. C'est donc affaire d'hygiène préventive, c'est-à-dire l'indication formelle du devoir qui incombe aux hommes chargés de la santé publique de prendre toutes les mesures propres à empêcher la diffusion de ce qu'on a justement nommé les maladies *évitables*, expression qui désigne clairement la confiance que l'on doit avoir dans la puissance et l'efficacité des moyens d'intervention dont dispose la science d'aujourd'hui.

P. M.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement d'un accès aigu de colique hépatique.

Par le Dr A.-F. Plicque, ancien interne des hôpitaux.

L'accès de colique hépatique peut se présenter sous deux formes : 1° la forme très aiguë, très douloureuse, qui fort heureusement n'est pas ordinairement de très longue durée; 2° la forme plus sourde, plus supportable en apparence, mais où l'accès se prolonge davantage, où il y a souvent une série désespérante d'accès successifs. Dans le premier cas, l'indication fondamentale est de calmer la douleur. Dans le second, c'est l'indication des différents moyens capables de faciliter l'expulsion des calculs qui est la plus importante. Dans la forme très aiguë, les principales complications seront les vomissements incoercibles, la parésie cardiaque, la congestion pulmonaire réflexe. Dans la forme prolongée, on aura surtout à se préoccuper de l'infection biliaire. En dehors de ces complications réflexes peuvent survenir bien d'autres complications mécaniques tenant à l'enclavement ou à la migration vicieuse du calcul. Mais leur traitement entre plutôt dans celui de la lithiase biliaire que dans celui de l'accès de colique hépatique.

Pour calmer la douleur dans la crise aiguë, on ne doit pas, en raison des vomissements, compter sur les médicaments donnés par la bouche. Les applications narcotiques (baume tranquille, laudanum, huile de jusquiame, huile de belladone) ne donnent guère de soulagement. Les compresses humectées de chloroforme qui déterminent une rubéfaction assez vive sont un peu plus efficaces. Les cataplasmes très chauds, arrosés de quarante gouttes de laudanum, peuvent être aussi essayés, mais on évitera les applications de glace qui peuvent offrir des inconvénients.

Les principaux moyens sont les lavements de chloral, les lavements laudanisés, les injections sous-cutanées de morphine. Les lavements de chloral devront être assez concentrés :

Hydrate de chloral	2 grammes.
Jaune d'œuf	N° 1.
Eau tiède	100 grammes.

Les lavements laudanisés seront dosés à vingt gouttes de laudanum pour 60 grammes d'eau. Comme toujours, on donnera un grand lavement tiède avant le lavement médicamenteux. Ces grands lavements tièdes ont eux-mêmes une action calmante utile. Pour les injections sous-cutanées de morphine, employées seulement en cas d'échec des moyens précédents, on ne dépassera pas, comme première dose, chez un malade non accoutumé, la dose de 0.01 centigr. L'addition d'atropine à la solution de morphine sera évitée chez les malades à foie fonctionnant mal. Parfois, la morphine augmente les vomissements; parfois elle reste impuissante à soulager les douleurs atroces. Force est alors d'avoir recours aux inhalations de chloroforme.

Dans les crises moins aiguës on peut donner le sirop de chloral, l'antipyrine à dose de 2 à 4 gr. par jour, les pilules renfermant chacune un centigramme d'extrait de belladone et un centigramme d'extrait d'opium (8 à 10 en vingt-quatre heures). Les grands bains tièdes d'une heure de durée sont très utiles. Ils sont contre-indiqués en cas de faiblesse cardiaque.

Dans les crises très peu intenses, mais prolongées, les moyens externes seront préférés aux narcotiques internes. Les cautérisations au thermocautère sur la région hépatique, chez les sujets vigoureux l'application de quelques sangsues, donnent souvent un grand soulagement.

Si l'iradiation douloureuse dans l'épaule droite offre une intensité particulière on fera quelques applications de chlorure de méthyle (pulvérisations ou stypage). Bailly de Chambly a même employé avec succès le stype appliqué directement sur la région du foie.

Pour faciliter l'expulsion du calcul trois médicaments : l'huile d'olive, la glycérine, l'éther amylvalérianique sont surtout utiles. On se défiera des purgatifs violents, cause fréquente d'accidents (enclavement du calcul, rupture des conduits biliaires). Un massage modéré soulage le malade et est sans inconvénient, mais on ne doit guère compter sur ce moyen comme agent d'expulsion. On évitera l'emploi de l'électricité.

L'huile d'olive se donne à la dose de 200 grammes en deux fois à un quart d'heure d'intervalle. Elle doit être de très bonne qualité. Après avoir pris l'huile, le malade restera plusieurs heures couché sur le côté droit. L'huile, en cas de répugnance par trop vive, peut être administrée au moyen de la sonde. Elle est moins facilement vomie donnée de cette façon que lorsqu'elle est prise directement par la bouche.

La glycérine sera donnée à dose massive de 30 à 40 grammes (Ferrand); le meilleur moyen de l'administrer est de la donner dans un verre d'eau de Vichy.

L'éther amylvalérianique, à dose de quatre à six capsules par jour, a été préconisé par Chauffard. Son action paraît supérieure à celle du vieux remède de Dinande (éther et térébenthine.

Parmi les complications, les vomissements incoercibles seront traités par les moyens ordinaires : eau de Seltz, grogs au kirch, champagne glacé, potion de Rivière. S'ils se prolongent et compromettent l'alimentation, on essaiera de nourrir le malade à la sonde. La révulsion sur le foie a souvent une grande efficacité.

La parésie cardiaque sera traitée par les frictions stimulantes, les applications de ventouses sèches, du marteau de Mayor. On se défiera de la digitale. En cas de tendance à la syncope, on emploiera les injections sous-cutanées de caféine (0 gr. 25 centig. par seringue, 2 à 4 par jour). Ces injections de caféine peuvent être alternées avec les injections de camphre.

Huile d'olives stérilisée	10 grammes.
Camphre	2 —

Une à trois injections par jour.

La congestion pulmonaire sera combattue par la position demi-assise, le décubitus latéral et surtout l'application de nombreuses ventouses sèches. On se défiera en ce cas des préparations d'antimoine. L'alcool à doses modérées est très utile.

En cas de fièvre, indice d'une infection biliaire, on s'attachera à assurer l'antisepsie intestinale. Le salol est alors le meilleur antiseptique. Il sera donné à dose de 2 à 4 grammes par jour en cachets de 0 gr. 50 centigr. Le malade prendra un grand verre de lait après chaque repas. La constipation sera combattue, non par des purgatifs violents, mais par des laxatifs doux (eaux salines à faible dose, eau-de-vie allemande par cuillerée à café, pilules renfermant chacune un centigramme d'extrait d'opium et d'extrait de jusquiame). Le calomel, qui semble indiqué à la fois comme cholagogue, purgatif et antiseptique, ne doit être donné qu'avec prudence. Le flux de bile qu'il provoque augmente souvent les coliques.

Contre la fièvre elle-même, on peut employer le sulfate de quinine administré de préférence en suppositoires ou en lavements. Le salicylate de soude à dose de 3 à 4 grammes par jour aurait contre la fièvre biliaire une action spéciale. Il semble même dans quelques cas contribuer à atténuer les douleurs. En cas d'échec du salicylate on essaiera la teinture de boldo (dix à trente gouttes par jour).

Les fonctions de la peau seront entretenues avec soin. On donnera une alimentation exempte de toxines (régime lacté, régime végétarien). Le lait sera utilement additionné d'eau alcaline (Vals ou Vichy).

A L'ÉTRANGER

RUSSIE

De la fièvre intermittente à l'état puerpéral (pendant la grossesse et après les couches).

M. Solovieff vient de faire à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Moscou une intéressante communication relative au sujet en question.

Après avoir fait remarquer que la fièvre intermittente est une affection rare chez les gestantes, l'auteur relate les particularités caractéristiques de cette dernière, son influence sur la mère et le fœtus, pour passer ensuite à la description des faits personnels.

Trois cas de ce genre sont en présence.

Dans le premier cas il s'agit d'une femme touchant au terme de la grossesse et prise subitement d'un accès de fièvre intense. La seconde observation a trait à une femme atteinte de fièvre deux semaines après l'accouchement. La troisième patiente a été frappée d'un accès de fièvre au milieu de la gestation. Dans les trois cas, la quinine seule ou associée à l'opium et à l'arsenic (3e cas) s'est rendue maîtresse de la situation.

Voici, au surplus, les conclusions auxquelles est arrivé le Dr Solovieff, eu égard aux indications bibliographiques et aux études personnelles.

1° La fièvre intermittente est un phénomène relativement rare, pour certaines contrées tout au moins, pendant la grossesse et

après les couches; il est donc intéressant d'en connaître le diagnostic et le traitement, ne fût-ce qu'à ce titre;

2° Cette affection peut influer sur la mère et sur le fœtus; d'où l'avortement ou l'accouchement prématuré d'une part et quelquefois la mort du fœtus de l'autre;

3° Chez les accouchées la fièvre intermittente est susceptible d'entraver la sécrétion du lait et empêche le retrait de l'utérus;

4° Il importe de savoir distinguer la fièvre dont il s'agit des autres affections pouvant survenir au cours de la grossesse et particulièrement de la septicémie puerpérale;

5° Le traitement de la fièvre intermittente doit être le même partout et cela qu'il s'agisse d'une femme à l'état de vacuité ou d'une gestante; mais, au cas où il y a prédisposition à l'avortement, il sera utile d'associer la quinine aux préparations opiacées;

6° Chez les femmes qui allaitent en possession de diarrhée d'origine palustre, il conviendra de ne faire usage que du tannate de quinine. L'opium, passant dans le lait de la mère, il faut l'abandonner en ce cas sous peine d'arrêter la lactation;

7° La prescription de petites doses d'arsenic donne d'assez bons résultats chez les gestantes asthéniques.

A ce propos, le Dr **Alexandroff** fait observer que ces conclusions ne sauraient être considérées comme définitivement établies tant que l'examen microscopique du sang des malades ne viendra confirmer l'observation clinique.

Tel n'est pourtant pas l'avis du rapporteur.

De la névrose traumatique et de sa simulation, par M. Higier (*Gazeta lekarska*, nos 11, 12, 13, 14, 15. Przeglad chirurgiczny. T. 1).

On sait que les opinions sont partagées en ce qui concerne la question de la névrose traumatique.

Pour l'auteur, celle-ci n'est pas autre chose qu'une combinaison de l'hystérie et de la neurasthénie. Il ne faudrait pourtant pas mettre sur le compte de la névrose tous les accidents survenant à la suite du traumatisme. C'est ainsi qu'une blessure ou un coup à la tête peuvent provoquer, indépendamment de la névrose, un abcès du cerveau, du ramollissement, une inflammation de la dure-mère avec aliénation mentale consécutive, le tabès même et la paralysie progressive.

Il convient de ne pas confondre les symptômes organiques avec les symptômes fonctionnels, sous peine de se faire une idée inexacte de la névrose.

Quoi qu'il en soit, les signes cliniques de celle-ci sont très nombreux; mais ils possèdent peu de caractères objectifs ne se prêtant pas à la simulation.

En voici les principaux d'entre ces derniers:

1° Le rétrécissement concentrique du champ visuel; 2° *Verchiebungstypus*, de Foerster, qui consiste en ce que le champ visuel varie suivant qu'on déplace l'objet de fixation du centre à la périphérie ou bien de la périphérie au centre: dans le premier cas le champ visuel est toujours plus rétréci que dans le second; 3° l'asthénopie motrice décrite par Hebscher: ce signe consiste en une diminution considérable de la convergence propre à la vision binoculaire, à côté de la fonction complètement normale des muscles internes de l'œil; 4° le symptôme de Maunkopf (accélération du pouls et diminution de l'onde au moment où l'on comprime les endroits douloureux). En recherchant ce symptôme il faut, pour en contrôler l'existence, exercer une pression sur les points symétriques indolores et compter le nombre des pulsations. On doit également par une observation prolongée exclure les variations périodiques du pouls ne dépendant pas de la pression; 5° la réaction musculaire traumatique de Rumpf (signe de l'exagération de l'excitabilité du système moteur); 6° l'abaissement considérable de la réaction de certains nerfs au courant galvanique avec conservation de l'excitabilité faradique; ce symptôme signalé également par Rumpf s'observe, du reste, très rarement; l'absence de ce signe n'exclut point l'existence de la névrose traumatique.

D'une manière générale, la question de la simulation exige un examen très minutieux et très consciencieux, ainsi que la connaissance approfondie de l'hystérie et doit être considérée à l'état actuel de la science comme un problème loin d'être résolu.

L'examen de la névrose traumatique nécessitant; d'autre part, une grande expérience et une habileté spéciale il ne faut pas attribuer une valeur trop considérable au diagnostic de « simulation » posé par un médecin n'ayant pas l'habitude de ce genre de maladies.

Pour ce qui est du pronostic des névroses traumatiques il n'est pas aussi fâcheux qu'on l'avait cru autrefois. Au cas où l'on se trouve en présence de symptômes plus graves et opiniâtres, il faut supposer une complication de la névrose avec une affection organique du système nerveux central. L'auteur cite un malade chez lequel des symptômes psychiques et nerveux survenus à la suite du traumatisme (un coup reçu à la tête) ont persisté pendant des mois entiers et ont été considérés comme les signes d'une névrose traumatique pure. Or, on découvrit plus tard à côté de la névrose un abcès du cerveau incontestable.

Quelques résultats de la néphrorrhaphie, par M. Greifenhagen (*St. Petersburger medizinische Wochenschrift*, 5 février).

On se rappelle avec quel empressement a été accueillie l'idée ingénieuse de Hahn qui proposa, en 1881, de substituer la *néphrorrhaphie* à la néphrectomie dans les cas d'ectopie rénale.

Le Dr Greifenhagen vient d'employer cette opération dans quatre cas de *rein flottant*. Les résultats obtenus, pour n'être pas nombreux, n'en sont pas moins instructifs. L'auteur attire particulièrement l'attention sur une malade qu'il avait revue dix-sept mois après l'opération et chez laquelle le rein demeurait immobile. Car la seule objection à faire à la néphrorraphie est relative à la durée de la guérison; ce qui est à craindre, dans l'espèce présente, c'est le déplacement du rein. C'est pourquoi le Dr Greifenhagen ne saurait trop conseiller de faire la suture très profondément à travers le parenchyme du rein, attendu que la substance rénale se déchire facilement.

Sans abandonner complètement la néphrectomie dans les cas de récidives multiples, l'auteur se plait à considérer la néphrorrhaphie comme une intervention chirurgicale innocente.

J. Gutman.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mai. — Présidence de M. Jules Rochard.

De l'hystéropexie vaginale antérieure contre les rétro-déviations utérines.

M. Le Dentu lit un rapport à l'occasion d'un travail de M. Pichevin sur ce sujet.

Les chirurgiens reconnaissent que les opérations habituelles, hystéropexie abdominale, opération d'Alquié Alexander, ne donnent pas de résultats suffisants dans la majorité des cas. Aussi, a-t-on pensé à suturer la face antérieure de l'utérus à la paroi vaginale antérieure. Cette opération, imaginée par Sænger, a été réalisée par Mackenrodt et Duhrssen. Des opérations du même genre avaient déjà été tentées par Amussat, Richelot le père, Schucking et Zweifel.

M. Pichevin, frappé des résultats obtenus par les procédés de Mackenrodt et de Duhrssen, a voulu, pour les perfectionner, déterminer la situation exacte du cul-de-sac vésico-utérin. Il a constaté que celui-ci descend fréquemment au-dessous de l'orifice interne du col.

Pour éviter que, dans ces cas, les anses intestinales ne soient traversées par les fils fixateurs, M. Pichevin décolle aussi haut que possible le péritoine de la face antérieure de l'utérus, et, d'autre part, ouvre le cul-de-sac vésico-utérin, ce qui permet d'opérer *de visu*.

Deux malades ont été opérées par M. Pichevin : le résultat fut excellent, mais ces opérations sont encore trop récentes pour qu'on puisse en tirer une conclusion absolue.

De la virulence du vaccin animal.

M. Charpentier, au nom de MM. Saint-Yves-Ménard et Chambon, présente une note pour démontrer la supériorité de la vaccination de génisse à bras, sur la vaccination avec la pulpe conservée.

M. Hervieux. — La pulpe fraîche donne d'excellents résultats, mais, comme le vaccin de l'Académie ne séjourne jamais longtemps dans les glacières, notre expérience au sujet de la pulpe ancienne est bien moins grande.

Traitement des cancroïdes par le bleu de méthyle.

M. Darier. — J'ai traité neuf cas de cancroïdes par les applications de bleu de méthyle. Les guérisons ont été rapides, surtout lorsqu'on a détruit les tissus dégénérés par l'acide chromique, le galvano-cautère, le histouri et la curette. Lorsqu'une surface cutanée étendue a été détruite, on complète la guérison par l'application de greffes épidermiques. Quand les tumeurs sont profondes et volumineuses, on emploie le bleu de méthyle en injections hypodermiques. On peut encore, lorsque la tumeur est ramollie, l'évacuer et promener dans son intérieur un petit tampon trempé alternativement dans l'acide chromique et le bleu de méthyle.

Election d'un associé national.

M. Rollet (de Lyon) est élu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 mai. — Présidence de M. Chauveau.

Accidents tardifs de la thyroïdectomie.

M. Gley présente une chèvre agée de 2 ans, chez laquelle il fit, il y a 18 mois, la thyroïdectomie totale. On a observé d'emblée des accidents à marche lente : amaigrissement, perte des forces. Cette chèvre, qui pesait 45 kilos à cette époque, n'en pèse que 16 actuellement. Depuis 10 jours, elle présente des convulsions répétées, des paralysies généralisées. elle vomit et refuse toute nourriture. Son ventre est ballonné. Elle présente du nystagmus.

Cet ensemble d'accidents rappelle le myxœdème. L'autopsie, dont les résultats seront communiqués à la Société, fournira peut-être quelques renseignements à ce sujet.

Cette observation est intéressante, en ce qu'elle montre combien peuvent être tardifs les accidents consécutifs à la thyroïdectomie.

Une autre chèvre opérée en même temps, a conservé un bon état de santé. Elle pèse actuellement 35 kilos.

M. Charrin conseille de faire des injections de corps thyroïde, dans le but d'éclairer le diagnostic. Si l'état s'améliore, et qu'ensuite la cachexie reparaisse après cessation du traitement, la nature myxœdémateuse sera prouvée.

Sur un cas d'hyperthermie atteignant 46°.

M. Ch. Richet a reçu du professeur Caparelli (de Catane) l'observation d'une femme qui, au cours d'accès paludéens, a présenté plusieurs jours de suite une température axillaire de 45° et un soir atteignit 46°.

Le sulfate de quinine vint à bout de la fièvre et la malade guérit.

Un médecin de Cincinnati a observé à la suite d'une insolation une température rectale de 46°1. Ces deux malades, malgré ces températures excessives, ont survécu.

Fonctions antitoxiques des organes.

MM. Langlois et Charrin. — Les travaux d'Abelous et Langlois, puis ceux d'Albanes (de Zucco) ont montré que les capsules surrénales exerçaient, vis-à-vis de certains toxiques, une sorte de rôle protecteur. En nous basant sur ces données nouvelles, nous avons établi des expériences destinées à mettre en parallèle le rôle de ces organes et celui du foie au point de vue de cette protection antitoxique, mise en évidence, dès 1874, pour l'organe biliaire.

Procédant à la façon de Schiff, nous avons recueilli des poids égaux de ces capsules, de cette glande hépatique, de tissu rénal, musculaire, etc. Ces divers tissus, finement pulvérisés, de suite après la mort, sans perdre une minute, ont été mis en digestion pendant vingt-quatre et quarante-huit heures au contact de volumes égaux d'une solution de nicotine ; ces volumes ont oscillé de 20 à 30 centimètres cubes pour 4 à 9 grammes de viscères ; les titres de ces solutions ont été de 1/2, 1, 1.5, 2 pour 1,000. Ces mélanges agités, brassés, ont été filtrés sur ouate et injectés sous la peau et dans le péritoine, suivant les séries de cobayes nombreux.

Des résultats déduits d'expériences qui ont porté sur 49 animaux, on peut conclure que les capsules surrénales atténuent autant que le foie les propriétés nocives de la nicotine, peut-être plus que le rein, à coup sûr d'une manière plus marquée que les muscles.

Ces fonctions antitoxiques qui, probablement, appartiennent encore à d'autres glandes, ne paraissent donc pas aussi étroitement localisées qu'on aurait pu le supposer. Peut-être en est-il de ces fonctions comme de la glycogénie ou de l'uréopoïèse ; elles ont des maxima en rapport avec la qualité ou la quantité, la masse des organes, tout en se réalisant en divers points.

Quant au mécanisme de ces actions, simple fixation, destruction, neutralisation, métamorphoses, altérations, effets antagonistes, banal ou complexe, il demeure inconnu pour le moment.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 mai. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

De l'éthérisation.

M. Michaux. — La communication de M. Le Dentu à la dernière séance m'engage à vous fournir les résultats obtenus par l'éthérisation à l'hôpital Beaujon. Ma statistique porte sur 100 cas de chirurgie courante. Je n'ai jamais employé l'éther pour l'anesthésie dans les opérations abdominales ni dans celles de la face. Je ne l'emploie jamais chez les enfants, les bronchitiques, les emphysémateux. L'éther que j'emploie est l'éther rectifié fourni par la pharmacie centrale des hôpitaux, mais je dois reconnaître qu'au début, m'étant servi d'éther non rectifié, je n'ai eu aucun inconvénient. Cet éther est distillé sur la potasse caustique, puis brassé dans l'huile d'amandes douces, décanté, lavé à l'eau et séché sur le chlorure de calcium. J'emploie le masque de Julliard recouvert de mackintosh pour éviter l'évaporation. On verse d'emblée une trentaine de grammes d'éther sur le masque qui est presque immédiatement appliqué hermétiquement sur la face. Trois minutes, après je laisse couler 20 à 25 grammes d'éther de nouveau. La quantité consommée pendant l'opération n'est cependant que de 100 grammes pour une demi-heure, 150 grammes pour une heure. Le sommeil est obtenu dans la moyenne des cas en moins de quatre minutes. Il ne faut jamais plus de dix minutes, sauf chez quelques alcooliques. L'anesthésie est donc plus rapide que par le chloroforme. La période d'agitation y est plus courte, les vomissements moins abondants. Le pouls est ample. J'ai eu à noter deux alertes par suite de la cyanose qui se produit à la fin. Il a

suffi de stimuler le malade, de nettoyer le pharynx, pour amener la cessation de cette cyanose.

Le réveil a été rapide dans tous les cas, sauf deux. Les malades sont dans une sorte d'état d'ébriété, mais ne présentent pas d'intolérance gastrique. Ils n'offrent jamais l'état de choc des chloroformisés, et j'ai pu voir deux de mes éthérisés se lever seuls pour regagner leur lit. Si j'ajoute ce groupe de faits personnels à ceux qui ont été publiés à Lyon, en Suisse, en Allemagne, en Amérique, à ceux de MM. Le Dentu et Quénu, je me trouve très porté à continuer l'emploi de l'éther, d'autant plus que les statistiques sont très caractéristiques, celle de Julliard surtout, qui ne donne qu'un cas de mort pour 14,000 éthérisations, tandis que la chloroformisation donnait un cas de mort sur 3 ou 4,000 anesthésiques.

M. Monod. — A la suite de plusieurs alertes au cours de chloroformisation, j'ai fait aussi l'essai de l'éther, et j'ai pu constater comme M. Michaux et M. Le Dentu que le sommeil arrivait rapidement à condition de donner au début des doses d'éther un peu massives.

Laparotomie pour affections gastriques.

M. Richelot. — M. Terrier, dans la dernière séance, nous a entretenus des laparotomies faites pour des affections inflammatoires simulant des cancers de l'estomac. J'ai par-devers moi plusieurs observations analogues ayant trait, les unes à des lésions pelviennes, d'autres à des affections gastriques. J'ai présenté en 1891, à la Société, l'observation d'un fibrôme pelvien où la guérison s'est effectuée à la suite d'une laparotomie simplement exploratrice. En 1886, à l'hôpital Saint-Antoine, je reçus un homme de 62 ans, dysphagique, présentant tous les symptômes habituels des cancéreux. Comme il ne pouvait tolérer aucun aliment, même liquide, je décidai de lui faire une gastrostomie.

L'abdomen ouvert, je trouvai la paroi antérieure de l'estomac infiltrée de cancer et adhérente à tous les plans voisins. Dans l'impossibilité où j'étais de créer la bouche stomacale, je refermai la cavité abdominale. Quelques jours après, cet homme pouvait supporter les aliments liquides. Il quittait l'hôpital quelques semaines plus tard très amélioré. Ses fonctions digestives se faisaient tellement bien qu'il pouvait manger de la viande. En 1887, M. Rigal m'adressait à l'hôpital Bichat une malade hystérique avérée, examinée antérieurement par MM. Peter et Potain, et au sujet de laquelle le diagnostic porté en dernier lieu était celui de cancer du pylore. Je fis la laparotomie, dans l'intention de réséquer le pylore, mais je trouvai l'estomac sain et souple. Je me contentai de l'exploration. Cependant les vomissements cessèrent, les troubles hystériques diminuèrent. Bientôt l'intolérance gastrique fut parfaite et les digestions excellentes.

M. Quénu. — Il importe de ne pas déplacer la question. L'influence de la laparotomie sur certains symptômes est indéniable. J'en ai eu des preuves personnelles. Mais le sujet de la communication de M. Terrier était tout autre. Il a voulu rappeler aux chirurgiens, et surtout aux médecins, la nécessité d'une intervention précoce dans les affections de l'estomac, lorsque le diagnostic est affirmatif ou même seulement hésitant, lorsqu'on peuse, en un mot, qu'il peut s'agir d'une affection chirurgicale.

M. Terrier. — Lorsqu'on se trouve en présence d'une affection de l'estomac incomplètement diagnostiquée, si on a lieu de craindre l'existence d'un ulcère ou d'un cancer, la laparotomie exploratrice s'impose. Si les troubles étaient purement nerveux ou d'origine inflammatoire, la laparotomie peut confirmer le diagnostic, mais aussi amène souvent des améliorations. Elle a surtout pour résultat de bien faire reconnaître l'état de l'estomac, les adhérences, les ulcérations, les néoplasies, et de faire ainsi au chirurgien un plan pour l'intervention immédiate. Il y a donc une équation progressive dans l'intervention suivant le degré et le type de l'affection.

M. Bouilly. — Il convient d'ajouter qu'à côté des cas qui guérissent par l'intervention, qu'il y ait ou non lésion, il en est d'autres qui guérissent spontanément et, à ce propos, je me permettrai de dire quelques mots de deux malades, qui ont guéri après avoir présenté les phénomènes du cancer le plus avéré. L'un d'eux, un jeune homme, fut adressé par moi à M. Terrier, qui, vu l'état désespéré dans lequel il le trouva, me conseilla d'éviter une intervention. Six ou huit mois plus tard, ce jeune homme était complètement guéri.

Une femme de 37 ans, examinée par plusieurs médecins qui furent unanimes dans leur diagnostic, guérit aussi et rapidement et se porte actuellement très bien.

Résection de la hanche et des deux tiers de la diaphyse fémorale pour tuberculose.

M. Kirmisson présente un rapport sur une observation lue à la Société par M. Calot (de Berck) *(Gazette Médicale, 10 février 1894)*.

M. Schwartz. — Chez un enfant de 13 ans présentant une luxation pathologique de la hanche avec carie de l'extrémité supérieure du fémur, fistules multiples, je me décidai, poussé par la famille, à faire la résection.

L'état général était encore assez bon, les reins fonctionnaient bien. Je réséquai 14 centimètres de la diaphyse fémorale et je badigeonnai toute la plaie avec la solution de chlorure de zinc au vingtième. L'enfant sortit de la maison de santé, où il avait été opéré, trois mois plus tard. Un an après j'eus de ses nouvelles. Le raccourcissement était seulement de 12 centimètres et il pouvait faire une marche de 6 kilomètres sans fatigue. Son appareil orthopédique se composait d'une ceinture avec attelles et d'une bottine à pilon. Il n'y avait plus de fistules et l'état général était excellent. J'eus de nouveau de ses nouvelles un an après, mais les détails en sont trop peu précis pour mériter de vous être communiqués.

M. Monod. — Il serait utile de savoir quel fut le traitement consécutif employé dans ces deux cas. J'ai, pour ma part, enlevé chez trois sujets la tête et une partie de la diaphyse fémorale. Mais, en raison de la mobilité du membre inférieur dans ces cas, je ne consens à les laisser se lever que lorsqu'ils sont capables de porter le talon au-dessus du plan du lit. Chez l'un d'eux, le séjour au lit fut d'un an. Le second, opéré depuis huit mois, ne présente plus aucun accident ni fistule. Mais je le maintiens au lit. Le troisième de mes malades, dont je suis actuellement sans nouvelles, fut opéré il y a deux ans et 18 mois après sa néo-articulation n'était pas encore assez solide pour que je lui permette la station debout.

Corps étranger de l'œsophage.

M. Félizet rapporte l'observation d'un enfant de 4 ans qui avait avalé une pièce de monnaie (pièce de 5 centimes). Malgré des doses répétées de sirop d'ipéca, d'huile de ricin, il ne se produisit aucune expulsion. La pièce placée de champ pendant plusieurs jours à une distance de 22 centimètres des arcades dentaires bascula et obtura complètement l'œsophage le 5e jour.

L'essai d'extraction avec la pince de Collin ne donna aucun résultat.

L'œsophagotomie externe étant impraticable chez un enfant de cet âge, le refoulement dans l'estomac ne faisant que retarder l'apparition des accidents, M. Félizet pensa faire une gastrostomie dans le double but d'alimenter le malade et d'aller à la recherche du corps étranger par le cardia.

Mais auparavant il voulut tenter une dernière chance et introduisit une sonde en gomme à béquille dont l'extrémité courbée, d'abord arrêtée par le sou, finit par le dépasser. Il injecta par cette sonde une forte dose de sirop d'ipéca. Celui-ci fut à peine arrivé à l'extrémité inférieure de l'œsophage que les contractions du canal appuyèrent le sou sur la bougie. Retirant alors la bougie il ramena le sou dont le bord était fortement ancré par la contraction dans l'œil de l'instrument.

Suture du nerf médian. — Retour des fonctions.

M. Caillet présente un malade auquel il fit la suture des ten-

dons de la face antérieure de l'avant-bras et du nerf médian cinq jours après la section. La sensibilité à ce moment était complètement disparue dans toute la sphère de ce nerf. L'examen fait aussitôt après la suture montra qu'aucune modification ne s'était produite. Trois jours après, la sensibilité était revenue à la paume de la main. Au bout de neuf jours, les fonctions sensitives de l'index et du médius étaient récupérées, sauf aux phalangettes de ces doigts.

Actuellement, il reste un peu de dysesthésie de la phalangette de l'index. Les fonctions de la main sont complètes; il n'y a aucun trouble trophique, sauf une légère diminution de l'éminence thénar.

Luxation externe incomplète du coude. — Résection.

M. Lejars. — Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société, âgé de près de 60 ans, vint à l'hôpital porteur d'une luxation du coude datant de 3 ans. Le bras était ankylosé à angle droit. L'examen que je fis à son entrée me permit de constater l'existence d'une luxation latérale externe incomplète du coude, pour laquelle le malade accepta une intervention. Je fis la résection de l'extrémité inférieure de l'avant-bras que j'abordai au moyen de deux incisions latérales pour ménager le triceps. Je réséquai d'abord la trochlée très saillante, puis le reste de l'extrémité humérale. Le malade a recouvré des mouvements très étendus et ce résultat si remarquable, étant donné l'âge du sujet, me paraît dû justement à l'intégrité du triceps.

Kystes hydatiques multiples de l'abdomen.

M. Monod présente une série de kystes hydatiques, les uns épiploïques, les autres pelviens, enlevés chez un individu présentant depuis longtemps un kyste hydatique du foie.

Des observations analogues sont fournies par MM. Michaux, Le Dentu, Lucas-Championnière, Verneuil.

Pour tous ces chirurgiens, la laparotomie est le traitement de choix, sauf pour les kystes hydatiques pelviens, qui ne sont souvent abordables que par la voie vaginale.

Les kystes hydatiques isolés de la rate, du rein, sont plutôt justiciables des injections au sublimé.

Opérations de Gritti.

M. Le Dentu présente les pièces de deux opérations de Gritti, faites pour sarcome du tibia. Les deux malades ont succombé à la localisation pulmonaire. Ces pièces prouvent l'excellence du procédé opératoire.

R. Marmasse.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies infectieuses.

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

Etude clinique sur la péricardite des enfants, par H. Peyré. Th. Paris.

Le 21 janvier 1889, Pins, de Vienne, signalait un nouveau signe de la péricardite avec épanchement; le 22 juin de la même année, Perret et Devic, de Lyon, insistaient sur le même symptôme. Il s'agit, à la base du poumon gauche, de l'existence d'une matité ou submatité assez étendue, s'accompagnant de souffle bronchique et de bronchophonie sans râles. Ce signe est déterminé par la compression du poumon et de la bronche gauche qu'exerce le sac péricardique distendu; il ne s'observe, au dire des auteurs précédents, que dans les cas d'épanchement péricardique assez abondant et chez les individus jeunes, à corpulence grêle, à paroi thoracique peu épaisse et dont le thorax est rétréci d'avant en arrière; ce signe disparaît quand on fait prendre à l'individu la position génupectorale. L'auteur rapporte deux observations où ces particularités stéthoscopiques ont été observées; seulement, la péricardite d'origine rhumatismale était sèche et ce sont les feuillets du péricarde tapissés de fausses membranes qui avaient exercé la compression pulmonaire. On évitera le diagnostic erroné de pleurésie en faisant mettre le sujet dans une position telle qu'on décomprime le poumon : la percussion et l'auscultation redeviendront normales.

Des cardiopathies d'origine palustre et de leur traitement, par J.-A. Baudin. Th. Paris.

Il est une lésion sur laquelle l'accord est à peu près unanime : l'altération de la fibre cardiaque chez les sujets morts à la suite d'une affection paludéenne grave ou prolongée. La myocardite paludique est admise : on discute davantage sur l'endocardite. Niée par Laveran, Kelsch et Kiener, décrite par Durozier, Lancereaux, Julié, l'endocardite palustre est rejetée par Rauzier qui, dans le souffle au premier temps et à la pointe observé chez ses paludiques, ne voit que les effets d'une insuffisance valvulaire fonctionnelle. Baudin s'élève contre cette interprétation et relate plusieurs observations où des lésions mitrales très nettes ont été provoquées par le paludisme. L'administration prolongée des sels de quinine risque d'aggraver les symptômes cardiaques.

Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde, par O. Julié. Th. Paris.

Treize cas de fièvre typhoïde, ayant sévi épidémiquement dans un petit village de la Lozère, ont fourni à l'auteur le sujet de sa thèse. La première fièvre typhoïde avait été importée d'un village voisin; l'eau potable a joué un rôle considérable dans la propagation. Cette eau avait été souillée par des infiltrations d'eau pluviale à travers du fumier sur lequel avaient été projetées les déjections des premiers typhiques.

Du Bériberi, par A. Giraud. Th. Paris.

Le béribéri est une névrite périphérique infectieuse. L'alimentation défectueuse (riz), une température élevée, des défauts d'hygiène : telles sont les conditions dont la réunion crée la misère physiologique favorable au développement de l'agent pathogène du béribéri. Au point de vue clinique, on distingue quatre formes : 1° forme hydropique aiguë; 2° forme hydropique chronique; 3° forme paralytique; 4° forme mixte. Le diagnostic se fera avec les hydropisies de l'albuminurie ou de l'anémie, avec le rhumatisme chronique, les myélites (ataxie, atrophie musculaire), le myxœdème. Le pronostic est grave; la mortalité moyenne est de 35 0/0. La forme la plus bénigne est la forme hydropique; la forme paralytique est toujours mortelle.

Relation d'une épidémie de choléra, par Paul Pompidor. Th. Paris.

L'auteur avait été délégué en Bretagne par le Ministre de l'Intérieur lors de l'épidémie cholérique de 1892; il nous expose dans sa thèse les documents recueillis pendant sa mission. Les deux premiers cas officiels de choléra ont été observés à Lorient sans qu'il ait été possible d'en découvrir la cause. La réalité d'une importation cholérique par mer n'a pu être établie; le seul fait acquis a été l'existence de diarrhées cholériformes sévissant dans les semaines qui précédaient l'apparition du choléra. L'eau a joué un rôle certain comme véhicule des germes cholériques; ce rôle a surtout été manifeste à Lorient. Les souillures cholériques ont été les agents de transmission de la maladie. Les mesures prophylactiques basées sur la transmissibilité des germes par les déjections cholériques et la contamination des eaux de boisson par ces germes, ces mesures ont été rapidement suivies de succès.

Contribution à la gangrène du poumon consécutive à des néoplasmes primitifs ou secondaires de cet organe, par C. Boufflers. Th. Paris.

Deux observations de cette complication étaient connues : l'une d'elles remontant à Stokes (1842), l'autre due à Ramdohr (1878). L'auteur en publie une troisième qu'il a recueillie dans le service de M. le professeur Peter, suppléé par M. Dejerine. Un homme de

51 ans portait une caverne gangréneuse du lobe inférieur du poumon droit, consécutive à un cancer de cet organe. Ce cancer était lui-même secondaire à un néoplasme de même nature, localisé à la tête du pancréas et ayant évolué d'une manière latente.

Contribution à l'étude des tumeurs primitives du médiastin antérieur, par F. Lesimple. Th. Paris.

Ce mémoire reproduit en bonne partie les données exposées par M. Letulle dans son étude sur les néoplasmes primitifs du médiastin antérieur (Arc. gén. de Méd., 1890). Ces tumeurs sont d'origine thymique et ne se révèlent guère qu'au moment de l'adolescence, à la période où le thymus se désagrège. La symptomatologie est classique : douleurs et déformations thoraciques, compression des vaisseaux, des nerfs, de l'œsophage, de la trachée et des bronches, retentissement sur le système ganglionnaire. L'auteur publie une observation personnelle : un homme de 26 ans, dont l'œdème de la face et des membres supérieurs avait constitué les premiers signes morbides. Une dyspnée intense nécessita l'entrée à l'hôpital. L'autopsie révéla une tumeur du médiastin de nature sarcomateuse.

Du sarcome primitif du poumon, par E. Duran. Th. Paris.

L'auteur a observé un cas de sarcome primitif du poumon dans le service de M. Ferrand. La science possède environ vingt-cinq observations de cette entité morbide. Dans l'observation de M. Duran, une jeune femme anémiée et légèrement amaigrie était entrée à l'hôpital avec le diagnostic de pleurésie interlobaire. Peu à peu vinrent s'ajouter des signes pulmonaires peu en rapport avec l'existence d'un simple épanchement. L'apparition de l'engorgement des ganglions axillaires, la constatation d'une expectoration sanguinolente et l'intensité des phénomènes généraux firent songer à un néoplasme pulmonaire et l'autopsie vint confirmer le diagnostic. D'après l'auteur, le sarcome du poumon se distinguerait cliniquement du cancer de cet organe par l'absence de teint jaune paille, par l'existence du cornage, rare dans le cancer et fréquente dans le sarcome, par la diminution des globules blancs dans le sarcome; ce dernier caractère différentiel a été formulé par Braunreuter. Quant au sarcome pleural, dont l'auteur rapporte une observation inédite prise dans le service de M. Lancereaux, le sarcome pleural diffère du sarcome du poumon par l'absence de symptômes pulmonaires (ni toux, ni expectoration) et par la netteté des signes d'épanchement pleural (égophonie, pectoriloquie aphone) et la nature hémorrhagique de l'épanchement, exceptionnelle quand la plèvre est respectée.

LES LIVRES

Les maladies du soldat. — Étude étiologique, épidémiologique clinique et prophylactique, par A. Marvaud. Un volume in-8° de 880 pages. F. Alcan, éditeur, Paris, 1894.

Les ouvrages de médecine militaire, publiés en France et à l'étranger, n'ont guère comporté pendant fort longtemps que l'étude des maladies observées parmi les soldats dans les camps et dans les expéditions. Les effectifs du temps de paix étaient si peu considérables en regard de ce qu'ils sont aujourd'hui, on avait une si faible conscience de la valeur du capital humain qu'on se préoccupait médiocrement de le conserver, méconnaissant un peu trop son importance, au point de vue des intérêts supérieurs de la patrie. Il fallait, en effet, l'apparition de certains fléaux de provenance exotique, tels que le choléra ou d'autres épidémies meurtrières pour solliciter l'intérêt des gouvernants, et stimuler le zèle de ceux qui avaient les troupes sous leurs ordres.

Les temps sont heureusement changés, grâce à la situation que le service de santé a su se faire et a pu prendre; le commandement, prévenu dès qu'un cas de maladie contagieuse survient dans une garnison ou qu'une aggravation de l'état sanitaire se produit dans un corps de troupe, prescrit l'exécution des mesures préventives appropriées, exécution d'autant plus sûre et plus efficace, qu'elle est plus prompte et plus énergique. De telle sorte que l'armée est devenue un milieu des plus favorables à la mise en pratique des mesures hygiéniques et prophylactiques, et à l'étude des causes et de l'évolution des maladies qui l'assaillent. Cette étude, intéressante à de nombreux titres, était bien de nature à solliciter l'activité d'un homme tel que M. Marvaud. Mûri par une longue pratique médicale, par plusieurs années d'enseignement à l'Ecole du Val-de-Grâce, par un labeur assidu, qui lui avaient donné une connaissance approfondie des questions de médecine d'armée, il a écrit pour les jeunes médecins militaires et pour tous ses confrères, peu au courant de l'épidémiologie et de l'hygiène spéciale dont il s'occupe, un ouvrage méthodique et clair, du plus grand intérêt.

Cet ouvrage comprend cinq livres partagés en un certain nombre de chapitres.

Le livre Ier traite de la morbidité et de la mortalité du soldat envisagé dans les différentes conditions de la vie militaire : dans les garnisons, dans les camps, en Algérie et en Tunisie, enfin dans les expéditions.

Le livre II étudie les maladies infectieuses ; son étendue est en rapport avec l'importance de ces affections qui constituent, comme chacun sait, le groupe le plus chargé de la pathologie militaire.

Le livre III comprend quelques maladies générales, mais non infectieuses, qui s'observent assez souvent dans l'armée, telles le rhumatisme, la scrofulose, le cancer, la faiblesse de constitution et l'anémie, la leucémie, le purpura.

Le livre IV s'occupe des maladies localisées à l'un des grands appareils organiques : respiratoire, circulatoire, digestif, nerveux, cutané, visuel, auditif.

Enfin, le livre V passe en revue les maladies observées accidentellement parmi les soldats : les maladies vénériennes, les maladies alimentaires, les insolations, les congélations.

Ce qui caractérise surtout le travail de M. Marvaud, c'est que, si dans le microbe il voit le germe pathogène, il admet, avec la nouvelle école tout particulièrement personnifiée par M. Kelsch, que cet agent ne peut devenir nocif que dans des conditions de débilitation organique, créées ou par l'alimentation, ou par l'encombrement ou par le surmenage on par toute autre cause.

Ch. Amat.

Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Les Gaietés de la Médecine, par le Dr Garrulus, avec préface du Dr E. Monin. — 1 vol in-18 d'environ 400 pages avec élégant cartonnage. Prix : 4 fr.

Allons, graves praticiens vêtus de noir et cravatés de blanc, abandonnez l'air doctoral que vous aviez tout à l'heure au chevet de vos malades et, vos visites terminées, prenez un petit livre que vient de faire paraître un de vos humoristes confrères, le Dr Carrulus, *les Gaietés de la Médecine*, et bientôt, je vous le garantis, un bon rire qui sera le vôtre troublera l'austère silence de votre cabinet de travail. Il y a des trésors de gaieté dans ce petit livre que, disproportionnellement, la Société d'Editions scientifiques ne vend que 4 francs.

Envoi franco contre un mandat de 4 francs, adressé à M. le Directeur de la Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Des origines et des modes de transmission du cancer, par M. le Dr Maurice Cazin, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu (Ouvrage couronné par l'Académie de médecine).

La question de la nature et des origines du cancer soulève en ce moment de nombreuses discussions et cet ouvrage vient à pro-

pos nous donner un exposé de l'état actuel des connaissances relatives à l'étiologie et à la pathogénie des tumeurs malignes, d'après les travaux les plus récents auxquels sont venues s'ajouter les recherches faites par M. le professeur Duplay, avec son chef de laboratoire.

Dans une première partie, l'auteur, après avoir discuté le rôle de *l'hérédité* et celui des diverses influences générales *(alimentation, climat, races, etc.)*, au point de vue de la prédisposition au développement des néoplasmes, étudie également l'action des causes locales, telles que l'inflammation du traumatisme. Il passe ensuite en revue les principales théories émises sur la nature et les origines des cancers, en insistant principalement sur la théorie psorospermique qui n'a pas encore rallié tous les suffrages.

Dans une deuxième partie, consacrée à l'étude de *l'inoculabilité et de la contagion directe des cancers*, l'auteur rappelle les faits acquis antérieurement sur ce sujet et il donne ensuite un résumé des résultats expérimentaux obtenus par M. le professeur Duplay, le détail de ces expériences constituant, sous forme d'annexes, la troisième partie de ce travail.

Dans ces conclusions, l'auteur insiste surtout sur ce fait que la contagion directe du cancer ne paraît s'effectuer que dans des cas très rares et que l'on n'est pas en droit, par conséquent, de considérer les cancéreux comme des contagieux, au sens absolu du mot. En ce qui concerne la théorie parasitaire du cancer, et particulièrement la théorie psorospermique, l'auteur montre qu'elle ne repose actuellement sur aucun fait nettement établi, sans que l'on doive préjuger en rien de ce qui pourra résulter des recherches ultérieures.

Envoi franco contre un mandat de 5 francs.

Questions professionnelles. — Causeries pour les médecins (deuxième série), par le docteur L. Grellety, médecin consultant à Vichy, secrétaire de la Société de thérapeutique, etc. : prix, 4 francs.

Dans ce nouveau volume, l'auteur s'est occupé avec beaucoup d'humour et de bon sens de la plupart des problèmes professionnels, dont la solution intéresse si vivement le corps médical. — Il indique les réformes à réaliser, prêche la concorde aux confrères désunis, fait l'apologie de la profession, surtout du médecin de campagne, et critique fort plaisamment les abus et les travers dont nous sommes victimes. Mais ses sarcasmes n'ont rien d'amer ; on pourrait même lui reprocher d'avoir gardé trop de réserve dans ses railleries. — En somme, c'est un ouvrage aussi attrayant que réconfortant, écrit d'une plume alerte, et que vous ferez bien d'emporter avec vous, pour le parcourir dans l'intervalle de vos visites ; il vous aidera à passer le temps d'une façon fort agréable.

Sommaire : Nouvelles à sensation. — Les si... — Apologie du médecin de campagne. — Juridia medicorum. — Malentendus. — Le mal et le bien qu'on a dit des médecins. — Devons-nous fumer ? — Respect aux anciens. — Progrès et réformes à réaliser. — La tenue médicale. — L'hygiène et la question sociale. — Alcool et morphine. — Déboires professionnels. — Sursum corda. — Temps perdu. — Thérapeutique musicale. — Horrible cauchemar. — Vélocipédomanie. — Le médecin Tant-mieux et le médecin Tant-pis. — Souhaits de nouvel an. — La petite lumière. — Le travail dans les hôpitaux. — Le lit à deux. — L'épilation. — La frigidité chez la femme. — Place aux enfants ! — Les médecins au Louvre. — La liberté internationale. — Vive Vichy !

Les Affections parasyphilitiques, par A. Fournier, professeur à la Faculté de Médecine, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

1 volume in-8°, reliure d'amateur, peau pleine souple, tête dorée, 10 fr.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 28 MAI AU 2 JUIN 1894

A. — Examens

Lundi 28 mai. — 3e (2e partie) : MM. Straus, Lancereaux et Déjerine. 4e : MM. Potain, Landouzy et Chauffard. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Reclus et Lejars. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Nicaise, Ricard et Delbet. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Fournier et Brissaud.

Mardi 29 mai. — 4e : MM. Proust, Pouchet et Gilbert. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Humbert et Schwartz. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Dieulafoy, Marfan et Letulle. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Cornil, Ballet et Charrin.

Mercredi 30 mai. — 2e Oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Retterer et Poirier. — 3e (2e partie) : MM. Grancher, Joffroy et Déjerine. — 5e (1re partie), Obstétrique (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes et Varnier.

Jeudi 31 mai. — 2e Oral (1re partie) : MM. Rémy, Humbert et Albarran. — 3e Oral (1re partie) : Le Dentu, Poirier et Maygrier. — 3e (2e partie) : MM. Laboulbène, Dieulafoy et Letulle.

Vendredi 1er juin. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy et Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Tillaux, Ricard et Lejars. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Terrier, Nicaise et Jalaguier. — 5e (2e partie), Charité : MM. Straus, Lancereaux, Marie. — 5e (1re partie), Obstétrique (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Rimont-Dessaignes et Varnier.

Samedi 2 juin. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias Duval, Pozzi, Retterer. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Ballet et Charrin. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Duplay, Richelot et Nélaton. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Joffroy, Chantemesse et Letulle. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e serie) : MM. Laboulbène, Gilbert et Roger. — 5e (1re partie), Obstétrique (Clinique d'Accouchements, rue d'Assas) : MM. Tarnier, Maygrier et Bar.

B. — Thèses

Mercredi 30 mai, à 1 heure. — *M. Laurent* : Etude sur l'évolution anatomique et clinique des anévrismes de la pointe du cœur. — *M. Martin* : Les difficultés du traitement des teignes tondantes. — *M. Grasset* : Rapports du scrofulo-lymphatisme avec la syphilis et la tuberculose. — *M. Cambies* : Du traitement du genu valgum infantile. — *M. Lagoudaky* : Etude clinique des rapports de la syphilis et du tabes. — *M. Chibret* : Contribution à l'étude anatomo-pathologique des épithéliomas adamantins. — *M. Turmel* : Contribution à l'étude du mérycisme.

Jeudi 31 mai, à 1 heure. — *M. Delhaye* : Des albuminoïdes d'origine animale dans le régime alimentaires des malades. — *M. Valentin* : Les religions orientales considérées dans leurs rapports avec l'hygiène et la prophylaxie des maladies contagieuses. — *Mlle Bologowski* : Sur le choléra asiatique de 1892-93 en Russie, et les mesures administratives prises par le gouvernement contre cette épidémie. — *M. Dupont* : De la tuberculose intestinale et de son traitement. — *M. Charnaux* : Essai sur le diabète sucré syphilitique.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Exposition internationale d'Hygiène urbaine et maritime et d'Hydrothérapie, à Boulogne-sur-Mer (Pas de-Calais).

Un comité vient de se former à Boulogne-sur-Mer sous le patronage de M. le ministre de l'intérieur et de la municipalité de cette ville, pour l'organisation d'une *Exposition internationale d'hygiène urbaine et maritime et d'hydrothérapie*, qui aura lieu du 15 juillet au 15 septembre 1894.

Le comité d'honneur comprend les plus hautes notabilités scientifiques, administratives, etc.

Boulogne étant à la fois une ville commerciale, industrielle et de plaisance, cette Exposition y prend une importance exceptionnelle ; les questions d'hygiène, du reste, tiennent de nos jours une place considérable dans les préoccupations de tous ; il n'est guère de grandes villes où l'on n'ait pas fait de sérieux efforts pour l'assainissement urbain, de même que pour propager dans la populations les meilleures méthodes de prophylaxie et de désinfection. Au point de vue pratique, la réussite de l'Exposition est donc assurée.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL COCHIN. — M. E. QUÉNU.

Luxations sous-astragaliennes.

Vous avez vu il y a quelques jours, dans le service, une femme atteinte de luxation sous-astragalienne. La présence de cette malade dans nos salles me fournit l'occasion de vous parler aujourd'hui de ces luxations.

Je vous rappelle d'abord que l'astragale est uni d'une part aux deux os de la jambe par l'articulation tibio-tarsienne; d'autre part, au calcanéum, par un troisième fibreux résistant, véritable ligament interosseux. En avant, l'articulation médio-tarsienne unit entre elles les deux rangées du tarse. C'est de l'astragale que le poids du corps est transmis à la voûte tarsienne.

Les luxations de l'astragale comprennent deux groupes de déplacements :

1° Les luxations totales de l'astragale, dans lesquelles l'astragale est complètement séparé de la mortaise tibio-péronière et perd toutes ses connexions avec les os voisins;

2° Les luxations sous-astragaliennes : l'astragale a conservé ses rapports avec les deux os de la jambe, mais les a perdus avec le calcanéum et le scaphoïde. Figurez-vous, en somme, l'astragale soudé à la mortaise tibio-tarsienne, tandis que le tibia s'est déplacé sur le pied.

Une classification méthodique des luxations sous-astragaliennes semble difficile, si l'on en juge par les interprétations différentes qu'en ont données les différents auteurs. Dans les luxations en général, c'est l'os luxé, l'os périphérique qui donne son nom au déplacement. Aussi, les premiers auteurs, Broca en particulier, qui ont étudié cette variété de luxations, avaient-ils logiquement conservé cette base de classification : c'est le déplacement du pied qui devait commander la dénomination. Etait-il dévié en dehors ? il s'agissait d'une luxation en dehors ; en dedans ? la luxation était appelée luxation en dedans. On retrouve cette nomenclature dans quelques traités modernes, celui de Stimson, par exemple. Mais elle n'a pas prévalu contre celle de Malgaigne. Pour ce chirurgien, le tibia et l'astragale indiquent le sens de la luxation : la luxation en dehors de Broca devient ainsi la luxation en dedans de Malgaigne.

J'ai eu, en 1882, l'occasion d'étudier une luxation sous-astragalienne sur le cadavre. Je suis arrivé à cette conclusion que la tête de l'astragale, — si l'on fait abstraction des luxations en arrière trop rares pour que je vous en parle ici, — peut occuper deux positions principales : en avant et en dehors et en dedans. Dans toutes les luxations sous-astragaliennes décrites sous les noms de luxations directes en avant, obliques en avant et en dehors, luxations en dehors, la tête de l'astragale repose toujours sur la face dorsale du pied, *en dehors du tendon du jambier antérieur.* Dans toutes les luxations en dedans, la tête de l'astragale est placée *en dedans de ce tendon.* J'ai donc proposé la classification suivante basée sur les rapports qu'affecte la tête de l'astragale avec le tendon du jambier antérieur pris comme guide :

1° *Luxations dorsales* : la tête astragalienne déplacée est en dehors du tendon ;

2° *Luxations marginales* : la tête astragalienne s'échappe sur le bord interne du pied en dedans du tendon.

Les luxations sous-astragaliennes sont rares. La statistique de Stimson n'en rapporte guère que trente-et-une observations authentiques. De toutes ces variétés, la plus commune est la luxation oblique en avant et en dehors. La luxation directe en avant est exceptionnelle. C'est le cas devenu classique de Carmichael qui sert le plus souvent à la décrire. Aussi au point de vue clinique peut-on admettre une seule variété de luxation sous-astragalienne dorsale : la luxation en dehors.

Quel est le mécanisme de cette luxation ? Chez notre malade les choses se passèrent de la façon suivante : elle est montée sur une chaise, la chaise bascule et la malade tombe, le pied pris entre le siège et un barreau, dans un mouvement de flexion latérale forcée de la jambe sur le

pied. A l'examen, la région présente un gonflement assez considérable avec ecchymose. Le pied est dans l'adduction forcée et dans l'extension, la pointe tournée en dedans. Si l'on explore la face interne du tibia, on trouve très difficilement la malléole interne, mais à ce niveau on constate un enfoncement, une sorte de pli profond. L'exploration de la face externe de la jambe permet de reconnaître facilement la malléole externe saine et non douloureuse à la pression. En avant d'elle, au lieu du méplat normal, on rencontre une masse dure, arrondie, peu mobile, comme enclavée au milieu des tissus et qui n'est autre que la tête astragalienne. Les mouvements de flexion et d'extension du pied sont possibles, bien que limités. Ceux de l'articulation médio-tarsienne sont intacts. Enfin au niveau de la saillie astragalienne, nous avons trouvé une petite escharre noirâtre de la peau, et, si je vous le rappelle, c'est qu'on retrouve ce fait signalé dans d'autres observations. Vous vous rappelez, Messieurs, que tout en nous préparant à l'extirpation de l'astragale, nous avons tenté d'abord la réduction, sans grand espoir d'y réussir. Si nous consultons la statistique d'Hamilton, nous y trouvons en effet que sur 18 tentatives de réduction, onze fois seulement celle-ci fut possible, encore que deux fois elle ait été incomplète.

Nous suivîmes les préceptes de Malgaigne, c'est-à-dire que tout en exerçant des tractions sur le pied mis dans l'extension, nous cherchions à refouler l'astragale d'avant en arrière dans sa cavité. Cette tentative resta vaine et vous me vîtes faire alors l'ablation de l'astragale. La tête de l'os fut vite découverte ; le col était bridé par l'artère péronière antérieure. M. Verneuil signale également la présence de ce vaisseau dans une observation. Les tendons extenseurs commun et péronier étaient à leur place et le ligament peronéo-astragalien antérieur indemne. L'astragale saisi avec le davier de M. Farabeuf fut extirpé, mais en partie seulement : un fragment d'os correspondant au tiers postérieur de la poulie astragalienne restait solidement attaché à la malléole interne. Il fut enlevé à son tour. Outre cette fracture, il en existait une seconde, celle de l'extrémité postérieure de l'onglet de l'astragale. Et j'attire votre attention sur ce fait, que la fracture de l'onglet existait sur la pièce que je disséquai en 1882.

A la suite du cas que nous venons d'étudier, j'ai recherché de nouveau quels pouvaient être les obstacles à la réduction. Je vous rappelle d'abord que la tête de l'astragale reposait, non pas sur le cuboïde, comme on le dit, mais sur le ligament annulaire antérieur du tarse. Ce ligament s'insère sur le bord supérieur du calcanéum et de là, comme un bracelet, à la face dorsale du pied, il se dédouble de façon à constituer une gaîne aux tendons de l'extenseur commun des orteils et du jambier antérieur. C'est une sorte de sangle reliée solidement au calcanéum. Il s'enfonce même dans l'excavation calcanéenne, et s'attache sur tout le bord antérieur de la facette astragalienne de cet os. Ses adhérences tendineuses sont si intimes qu'il est impossible de passer le doigt sous le ligament sans le passer en même temps sous les tendons. Dans le cas qui nous occupe, la tête de l'astragale, devenue sous-cutanée, reposait directement sur la face antérieure du ligament annulaire, aplati et comprimé par cette surface osseuse ; le contact était à ce point intime que la face inférieure de la tête de l'astragale présentait une véritable fissuration du cartilage.

Les explications qu'on a données de l'irréductibilité des luxations sous-astragaliennes sont variables suivant les auteurs.

Pour Desault, les ligaments scaphoïdiens supérieurs étranglent la tête de l'astragale qui ne peut plus être remise en place. La faiblesse de ces ligaments est une sérieuse objection à cette théorie.

Pour Dupuytren, le véritable obstacle à la réduction est le bord postérieur de l'astragale, l'onglet enclavé dans la rainure qui sépare les facettes articulaires du calcanéum. Nélaton en aurait même constaté la réalité sur une pièce anatomique.

Pas plus que la précédente, nous ne pouvons admettre cette explication. J'ai insisté tout à l'heure sur ce fait que l'onglet était souvent arraché, fracturé : il devient donc impossible de le considérer comme l'agent de l'irréductibilité. En présence de ces faits, j'avais émis l'hypothèse que la tête de l'astragale pourrait bien être maintenue comme dans une boutonnière par les tendons des muscles voisins : extenseurs ou jambiers en contraction. Le cas que nous venons d'observer m'a conduit à faire de nouvelles expériences cadavériques, et dans le cours de ces expériences je me suis efforcé de me placer dans des conditions mécaniques analogues à celles où s'est trouvée notre malade. Les résultats auxquels je suis arrivé sont les suivants : si l'on fixe le pied dans un étau, la jambe étant portée en dedans et mise dans l'extension, il est impossible de produire une luxation. C'est qu'alors les tendons placés dans l'extension brident solidement le ligament annulaire du tarse qui s'oppose à l'issue de la tête astragalienne. Que l'on vienne, au contraire, à fléchir vivement le pied de la jambe, la sangle ligamentense devient flasque et la tête de l'astragale s'échappe facilement derrière elle. C'est donc dans la flexion forcée que se produit cette luxation. Immédiatement après cette flexion du pied, le triceps sural se contracture, étend le pied sur la jambe et ferme la porte — permettez-moi l'expression — par laquelle est sorti l'astragale. Je trouve dans une observation publiée un argument en faveur de cette explication : il s'agit d'une luxation sous-astragalienne irréductible par les moyens ordinaires ; on coupe le tendon du triceps sural : la réduction est aussitôt possible. Nous nous expliquons maintenant facilement les échecs que rencontre d'ordinaire le procédé de Malgaigne.

Ainsi, de même que dans la réduction des luxations de l'épaule par le procédé de Kocher, il faut faire suivre à la tête osseuse le chemin qu'elle a parcouru pour se luxer, de même dans les luxations sous-astragaliennes il faut suivre les mêmes étapes qu'a suivies l'astragale, c'est-à-dire fléchir fortement le pied sur la jambe, le porter dans l'adduction et à ce moment avec les pouces presser sur la tête de l'astragale. Si vous échouez dans cette tentative de réduction, mettez à découvert la tête astragalienne et sectionnez à ciel ouvert le ligament annulaire antérieur. Ce n'est qu'en cas d'échec que vous serez alors autorisés à pratiquer l'énucléation de l'astragale.

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques recherches sur la pneumonie (1).

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

I

Les maladies banales, telles que la pneumonie. n'auront pas épuisé de longtemps la provision d'intérêt qui y est attachée.

On sait que la pneumonie sévit communément avec la grippe endémique : elle est liée à cette dernière par une égalité de fréquence et de gravité. Le degré de parenté épidémiologique entre les deux affections peut être formulé dans les trois propositions suivantes : 1° quand la grippe endémique est fréquente et grave, la pneumonie est fréquente et prend des allures infectieuses qui mènent au pronostic le plus sombre ; 2° quand la grippe endémique est fréquente et peu grave, le nombre des pneumonies diminue sensiblement ; 3° quand la grippe endémique est peu fréquente et peu grave, les pneumonies tendent à disparaître.

La grande majorité des grippes endémiques et des pneumonies évolue entre les mois d'automne et de printemps, les mois d'été jusqu'à la fin de septembre offrant des conditions moins favorables au développement de ces deux affections.

On remarquera que nous parlons de grippe endémique et non d'influenza. C'est que le pacte d'association établi entre la grippe endémique et la pneumonie cesse parfois d'être observé lorsque la grippe, au lieu de naître sur place, comme la grippe endémique, nous est importée de l'extérieur à la manière de l'influenza. Dans ce cas, ayant été transporté par contagion loin de son foyer natal, l'influenza se passe à l'occasion du voisinage de la pneumonie, laquelle reste, au contraire, dépendante des conditions climatériques directement ambiantes.

Ainsi, dans l'hiver de 1889-1890, nous avons traité des centaines d'influenzas et pas de pneumonies : des épidémies de pneumonies très graves avaient ravagé le pays, les deux années antérieures, si bien qu'à la venue de l'influenza l'absence de pneumonies pouvait être attribuée soit à une perte momentanée dans la virulence du pneumocoque, soit à une immunité temporaire, qui protégeait les habitants.

La fréquence des réeidives est encore un point de rapprochement entre la grippe endémique et la pneumonie. Toutefois, en raison d'une vaccination plus efficace, exercée peut-être par le pneumocoque, l'intervalle qui, dans la pneumonie, sépare la première atteinte d'une récidive est plus considérable. Dans la grippe, cet intervalle est de un à six mois. Dans la pneumonie, il se prolonge jusqu'à six mois. un an et davantage : à supposer que l'intervalle n'excède pas 4 à 5 mois, la seconde atteinte de pneumonie est alors plus grave que la première.

La grippe endémique est rarement contagieuse. Le plus souvent, elle éclate spontanément ; cependant, de par l'exagération de ses caractères infectieux, elle peut se transmettre par contagion. Faut-il rappeler que la pneumonie présente des particularités identiques ? Dans les cas de contagion pneumonique que nous avons observés, en dehors du cercle familial, le malade contagieux a toujours été gravement atteint et avait sucombé.

Quant à la tendance de la pneumonie à s'attaquer à des intervalles plus ou moins longs aux différents membres d'une même famille, et cela, en dehors de toute contagion apparente, semblables faits sont connus (Alison, Riesell). Nous en avons pu vérifier la réalité dans maintes circonstances.

II

De l'étude clinique de la pneumonie nous ne retiendrons que certaines notions ayant trait à la forme de la maladie, à son tracé thermique, à ses complications et au traitement.

La pneumonie abortive se termine par la guérison avant le cinquième jour (Bernheim). C'est une maladie de tous les âges que nous avons observée dans 7 0/0 des cas. Elle est souvent précédée de prodromes : courbature, inappétence, maux de tête, nuits agitées. Le frisson et le point de côté classique ouvrent la scène. La lésion locale est précoce ; les signes d'hépatisation pulmonaire sont perçus au plus tard au bout de 24 heures. Aucun signe clinique ne distingue la pneumonie abortive de la pneumonie classique. Les crachats sont rouillés ; la température peut dépasser 40°. La chute de la température se fait brusquement ou d'une façon lente. Chez un de nos malades, la convalescence a donné lieu à une éruption passagère d'urticaire. Il semble qu'une affection, si courte dans sa durée, telle que la pneumonie abortive, ne doive guère entraîner d'accidents plus graves que cette éruption ortiée dont nous venons de parler. C'est une erreur. Une des complications les plus redoutables, que nous ayons eu à déplorer, s'est produite après une pneumonie abortive. Une femme de 60 ans, atteinte d'une pneumonie du sommet droit, entre en convalescence le 4e jour. Suivent 48 heures d'un état satisfaisant. Puis éclate tout à coup une aortite aiguë avec accès d'oppression épouvantables, angoisse précordiale, douleurs fixes au niveau du sternum s'irradiant par lancées dans les deux bras. L'auscultation laisse entendre un bruit de souffle au premier temps et à la base du cœur, au niveau du foyer aortique. Il n'existe pas de fièvre. Le pouls devient irrégulier, faiblit, et la mort survient au bout de 48 heures, au milieu de crises angineuses.

La forme abortive de la pneumonie peut-elle être déterminée de par l'incubation d'une autre maladie infectieuse ? Pareille question a droit d'être posée en face d'une de nos observations où un jeune homme de 21 ans, alité pour une pneumonie gauche qui entrait en défervescence le quatrième jour, se recouchait le lendemain avec un retour fébrile qui annonçait les premiers signes d'une variole bénigne.

Dans la pneumonie classique, une mention toute spéciale doit être accordée à la pneumonie double d'emblée. Cette forme de la maladie, qui atteint simultanément les deux poumons, est extrêmement rare : nous en avons recueilli deux observations. La première malade est une femme de 43 ans. qui se couche le 6 mars 1889, souffre d'une dyspnée intense et présente, 48 heures plus tard, les signes pulmonaires suivants : en arrière, à la base du poumon droit et à sa partie moyenne, matité, souffle tubaire, râles crépitants.

(1) Les 142 observations qui font la base de cette étude ont été publiées dans les mémoires suivants : La fièvre pneumonique (*Rev. Médic. de l'Est*, 12 sept. 1883). — La pneumonie à Oyonnax : Paris, O. Doin, 1891. — Nouvelles recherches sur la pneumonie et la grippe endémique : mémoire récompensé par l'Académie de Médecine, 1892. — Etudes cliniques sur la pneumonie, ibid. 1893.

Du côté gauche et en arrière, symptômes identiques localisés à la base : matité, souffle tubaire, râles crépitants. Le 11 mars, la respiration soufflée disparaît à droite et laisse place à quelques râles humides. A gauche, la respiration soufflée se maintient plus longtemps et disparaît le 14 mars, grâce à l'application d'un large vésicatoire. Après une fièvre modérée (T. max. rect. 39° 7), la défervescence s'était opérée dès le cinquième jour.

La seconde observation de pneumonie double d'emblée a été notée sur une jeune fille de 19 ans. Elle tombe malade le 29 juin 1891 ; nous trouvons le 1er juillet, en arrière, à la partie moyenne et au sommet du poumon gauche, un foyer d'hépatisation avec submatité, souffle tubaire, bronchophonie, râles crépitants. A droite, outre des râles ronflants disséminés, nous percevons, en arrière et à la partie moyenne, une zone de submatité, de la respiration soufflée, des frottements pleuraux. Comme dans l'observation précédente, l'oppression était forte. Il y eut de la diarrhée, une métrorrhagie abondante, car les règles avaient paru ; néanmoins, la défervescence se produisit le sixième jour, la température n'ayant, à aucun moment, dépassé 39° 5. Les deux faits que nous venons de relater nous portent à penser que, dans la pneumonie double, deux variétés sont à considérer, très différentes l'une de l'autre au point de vue pronostique : 1° la pneumonie double d'emblée, celle où la localisation pulmonaire étant immédiatement très étendue, l'infection serait peut-être moindre. Cette pneumonie pourrait guérir très rapidement, comme en témoignent nos observations ; 2° la pneumonie double avec envahissement progressif du second poumon au cours de la maladie. Cette seconde variété aboutit d'ordinaire à la mort.

La pneumonie à forme cardiaque est non moins intéressante pour le clinicien que la pneumonie double. Mais, avant d'en résumer le tableau, il est nécessaire de nous arrêter quelques instants devant la fièvre pneumonique. C'est là un sujet dont nous nous sommes occupé à diverses reprises (1).

Croire qu'une pneumonie va évoluer fatalement, parce que la température dépasse 40° 5 et atteint 41° est une de ces opinions qui ne se sont accréditées que par la force des idées préconçues. L'hyperthermie ne détermine en aucune façon la gravité de la maladie. Sur les 142 pneumoniques dont nous possédons le tracé thermique, nous en comptons 13 qui ont guéri avec des températures de 41° (T. r.). Lorsque ce degré thermique est maintenu pendant plusieurs jours, la défervescence est d'ordinaire précoce. Un jeune homme de 19 ans, trois jours de suite, a eu de 41° à 41° 4 de température. Il a guéri le sixième jour. Une fillette de 10 ans a présenté jusqu'à 41° 8 ; la fièvre était tombée dès le cinquième jour.

Les malades qui meurent réalisent rarement un degré thermique aussi élevé ou, quand ce degré est atteint, ce n'est guère que d'une façon transitoire et dans les dernières heures de l'existence. Aussi bien peut-on faire rentrer les tracés thermiques des pneumoniques qui succombent dans l'une des quatre catégories suivantes : 1° fièvre modérée de la période d'état (T. 38° 1/2 à 39°) ; fièvre vive dans la période agonique (T. 40° à 41°) ; 2° fièvre basse durant tout le long de la maladie (T. 38° à 39°) sans ascension thermique ultime ; 3° fièvre initiale haute (T. 40° à 41°), à laquelle fait suite un abaissement thermique, lequel se maintient jusqu'à la mort (T. 38 1/2 à 39°) ou aboutit au contraire à une nouvelle exacerbation fébrile à l'approche de la mort ; 4° fièvre uniformément haute (T. 40° à 40° 1/2). Nous n'envisageons que la pneumonie livrée à ses propres ressources, dénuée de complications intercurrentes susceptibles d'en modifier l'aspect. Dans ces cas, cette quatrième forme de tracé thermique, où la mort suit une température toujours élevée, cette forme ne laisse pas que d'être exceptionnelle. En général, la mort est d'autant plus précoce que la fièvre est plus basse : ce n'est pas sans un sentiment de terreur que nous nous souvenons de nos pneumonies de 1888, où les malades étaient emportés foudroyés en 4 ou 5 jours, alors que la température rectale ne dépassait pas 38° 1/2. Les pneumoniques à haute température, sans rémission fébrile intercurrente, guérissaient au contraire habituellement ; de là à conclure à l'utilité de la fièvre dans la pneumonie, il n'y avait qu'un pas.

Seulement, comme des pneumonies bénignes guérissent fort bien sans élévation thermique notable, il s'ensuit que l'élévation thermique n'est pas toujours indispensable à la sécurité du pronostic. La fièvre n'est nécessaire que dans une circonstance : quand l'infection est forte.

Le problème se résumera donc à cette simple donnée : découvrir un signe qui nous renseigne sur le degré de l'infection. Or, ce signe, croyons-nous, réside dans l'étude du pouls. Le pouls lent, ample, vibrant est constaté dans les pneumonies bénignes. Mou, inégal, fréquent, arythmique, il emprunte ces caractères aux pneumonies graves. Il est bien entendu que nous ne comptons le pouls ni des sujets jeunes, ni de ceux qui sont atteints d'une affection nerveuse ou d'une lésion cardiaque antérieure : l'examen du pouls n'offre quelque valeur que chez les malades sur lesquels le poison pneumonique paraisse seul à exercer son action.

Ces réserves émises, on peut considérer le pouls comme un réactif à peu près infaillible de l'intensité de l'infection pneumonique (1), à telle fin que sa signification pronostique est de haute importance ; les pneumonies à pouls faible et rapide évoluent fatalement quand la température est basse ; par contre, elles ont chance de guérison, tant que la fièvre reste élevée, l'action salutaire de cette hyperthermie étant due aux oxydations plus vives qu'elle provoque et à la solubilisation et l'élimination plus aisée des toxines qui résulte de ces oxydations activées (Gaulier, A. Robin). Que des pneumonies se terminent par la mort, en dépit de l'hyperthermie favorable, nous avons vu que la chose existe ; on peut appliquer à ces faits l'explication donnée par Cantani (2). « La réaction, si intense soit-elle, a été insuffisante pour détruire et éliminer le microbe ». Au lieu de microbe, mettons toxines et nous serons sans doute plus près de la vérité.

(1) De la valeur pronostique du pouls et de la température dans la pneumonie (*Lyon Médic.*, 21 et 28 avril 1889). — La fièvre dans la pneumonie (*Gazette Médicale*, 22 et 29 août 1891).

(1) En général, les conditions suivantes influent sur la fréquence du pouls : 1° l'élévation thermique ; une ascension de 1 degré entraîne 8 pulsations de plus à la minute (Liebermeister), à une condition, toutefois, que le pneumogastrique ne soit pas touché par l'agent infectieux ; 2° la diminution du champ de l'hématose : ce second facteur ne joue pas un rôle prépondérant. Dans les pneumonies doubles d'emblée, le pouls peut ne pas dépasser 100 pulsations ; 3° l'abaissement de la tension artérielle.

(2) Cantani. — Congrès de Berlin (*Semaine Médicale*, 17 août 1890).

Ces considérations nous permettent de mieux comprendre la nature des accidents cardiaques constatés dans la pneumonie. Ces accidents sont de deux ordres ; ils tiennent à une lésion cardiaque ou à des troubles de l'innervation. Différencier cliniquement ces deux ordres de symptômes, liés à une étiologie si différente est en général une tâche ardue. Dans les deux cas, le pouls est rapide, faible, arythmique. Parfois, ces arythmies simulent le rhythme couplé du cœur. On connaît ce rhythme constitué par l'accouplement des révolutions cardiaques deux par deux, la première forte, la seconde faible, l'une parfaitement perceptible au pouls radial, l'autre seulement par le tracé sphygmographique, de telle sorte que l'auscultation du cœur décèle un nombre de systoles double de celui des pulsations radiales (Lemoine) (1). Or, ce rhythme couplé du cœur est rattaché par MM. Bard et Lemoine à une modification dans l'activité fonctionnelle des nerfs vagues, tandis que M. Huchard en fait un signe de la cardio-sclérose (2). Nous avons noté ce rhythme couplé du cœur chez un homme de 49 ans au cours d'une pneumonie qui guérit le 13e jour. La convalescence s'établit sans laisser persister le moindre désordre cardiaque et depuis cette époque, malgré l'invasion d'une tuberculose pulmonaire, le cœur resta sain. Nous serions donc tenté de faire dépendre d'un trouble de l'innervation le rhythme couplé du cœur présenté par notre pneumonique, à moins de supposer que son cœur ait été touché par ces formes atténuées de myocardite qui guérissent complètement et sur lesquelles M. Hayem a insisté.

Peut-être pourrait-on distinguer la lésion cardiaque des troubles de l'innervation par l'examen des bruits du cœur, qui seraient plus affaiblis, plus sourds et plus mal frappés dans la myocardite et par la date d'apparition des symptômes qui semblent plus précoces dans les désordres fonctionnels ? On voit que nous ne parlons pas des intermittences cardiaques qui annoncent la convalescence et sur l'interprétation fonctionnelle desquelles tout le monde est d'accord.

Quoi qu'il en soit de ces signes d'une précision assez aléatoire, un fait nous paraît hors de toute contestation : la gravité de l'hypertbermie pneumonique quand le myocarde est dégénéré antérieurement à la maladie infectieuse. La plupart des malades succombent. Que les troubles cardiaques soient au contraire d'origine nerveuse, que le myocarde soit sain, l'hyperthermie est plutôt favorable. Voici, par exemple, un homme de 65 ans qui contracte une pneumonie du sommet droit (3) : le thermomètre introduit dans le rectum marque 38°,4. Le pouls est incomptable, rapide, irrégulier, le choc du cœur faible ; nous portons un pronostic très grave et ne sommes pas peu surpris de voir nos appréhensions vaines ; la température s'élève les jours suivants et atteint 40°3, mais en même temps le pouls tombe à 100 pulsations et redevient plein, fort, vibrant, régulier. Nous avons expliqué cette observation paradoxale de la manière suivante : la faiblesse et l'irrégularité du pouls tenaient à l'action paralysante du poison pneumonique à hautes doses sur le nerf pneumogastrique. Survient l'hyperthermie : le pouls redevient le véritable pouls pneumonique régulier et vibrant ; car, à la paralysie du pneumogastrique par les doses exagérées du poison pneumonique a succédé l'excitation des doses faibles, l'excédent du poison ayant été détruit de par l'hyperthermie apparue à temps.

Une autre forme de pneumonie qu'il nous a été donné d'observer a été la pneumonie à foyers successifs. Cette variété symptomatique a été notée sur un homme de 54 ans, qui a succombé le cinquante-septième jour de la maladie. Sa pneumonie avait été coupée de trois rémissions fébriles, les deux premières de vingt-quatre, la troisième de quarante-huit heures ; successivement s'étaient produites deux pneumonies de la base du poumon gauche qui avaient guéri et une pneumonie de la base droite ; cette dernière n'avait jamais disparu complètement et tantôt moindre, tantôt plus étendue avait fini par entraîner le ramollissement du foyer hépatisé. L'expectoration avait révélé dans les erachats l'existence du diplocoque encapsulé classique auquel était venu s'adjoindre vers la fin le streptocoque d'une infection secondaire.

Nous ne ferons que signaler les accidents nerveux de la pneumonie (délire, agitation maniaque, douleurs, etc). Les troubles gastro-intestinaux consistent en vomissements, diarrhée, ballonnement du ventre. Un mot seulement sur la diarrhée. Elle survient au cours de la pneumonie ou au moment de la défervescence. La diarrhée de convalescence est assez tenace et résiste parfois plusieurs jours aux médications usuelles. Elle n'a pas de signification pronostique.

En dehors des formes que nous venons de relater, la pneumonie peut se terminer par la mort ; la gravité de la maladie est dans tous les cas commandée par deux causes : la virulente du pneumocoque ou l'affaiblissement de l'organisme ; suivant l'étiologie, le tableau clinique est différent. Quand la gravité est due à la virulence du pneumocoque, ce qui s'observe en temps d'épidémie sur des organismes robustes, exempts de toute tare morbide antérieure, la pneumonie débute avec les allures d'une maladie infectieuse sans localisation primitive apparente vers les poumons Au contraire, si l'affaiblissement de l'organisme est seul en jeu (surmenage, anémie, alcoolisme, etc.) les symptômes pulmonaires sont très nets dès le début et les symptômes généraux graves n'apparaissent qu'au bout de quelques jours. Bien souvent les deux causes de gravité, virulence et affaiblissement de l'organisme, sont associées : de là, des types cliniques intermédiaires.

III

Nous passerons rapidement sur un certain nombre de complications plus ou moins connues, telles que l'hémiplégie (1 obs.), la néphrite (2 obs.), la tuméfaction parotidienne (1) (1 obs.). Nous n'insisterons que sur la tuberculose consécutive à la pneumonie.

Nul n'ignore aujourd'hui que la pneumonie ne se transforme jamais directement en tuberculose. L'ancienne pneumonie caséeuse n'est dès le début qu'une tuberculose à forme pneumonique et, si la tuberculose succède à des pneumonies classiques, ce n'est pas en vertu de l'évolution naturelle de la pneumonie, mais en raison de l'ensemencement du bacille de Koch sur le terrain pneumonique.

(1) Lemoine. — Du rhythme couplé du cœur (*Sem. Médic.*, 1891, p. 489).

(2) Huchard. — De la cardio-sclérose (*Rev. Méd.*, 1 92. p. 470).

(3) Pneumonie cardiaque et pneumonie à foyers successifs (*Gaz. Médic.*, 9 juillet 1892).

(1) La tuméfaction parotidienne dans la pneumonie (*Gaz. Médic.*, 15 juillet 1893).

Depuis l'épidémie de grippe de 1889-1890, on a beaucoup écrit sur la prédisposition que cette maladie créait vis-à-vis la tuberculose. Nombre de grippés devenaient tuberculeux. Si voisine est la grippe de la pneumonie qu'il eût été étonnant qu'une particularité familière à la première de ces maladies fût absolument inconnue de la seconde. Puisque la grippe recevait la tuberculose, la pneumonie devait également lui ouvrir les portes. Cette manière de se comporter a reçu l'appui des faits. Nous suivons 104 personnes guéries de pneumonies; depuis 1887 jusqu'aujourd'hui, cinq d'entre elles ont sombré dans la tuberculose. Il s'agit d'adultes ou de vieillards : chez tous la tuberculose s'est installée, sans motif apparent, quelques mois en moyenne après la pneumonie qui avait été assez grave; la bacillose s'est régulièrement développée sur le poumon antérieurement pneumonique et a revêtu une forme subaiguë ou chronique entraînant la mort au bout d'un laps de temps variant de quelques mois à 5 ans. En dehors de la pneumonie, on ne découvrait aucune cause plausible à ces tuberculoses.

Le traitement de la pneumonie nous permettra de répéter cet aphorisme qu'avant de décrire les avantages d'une médication, il est essentiel de connaître la marche d'une maladie livrée à elle-même et dépourvue des ressources et bien souvent des entraves que lui crée la thérapeutique. Pour la pneumonie exempte de complications, rien n'est perdu tant que le myocarde résiste, tant que l'hyperthermie ne fléchit pas. Lorsque le cœur bat faiblement, que le pouls devient filiforme, irrégulier, en même temps que la fièvre baisse, alors seulement le danger imminent apparaît : nous demandons la panacée qui guérira notre malade dans de semblables conditions. On nous objectera que l'intervention est trop tardive pour être salutaire et qu'une médication appropriée dès le début aurait évité la production de ces désordres. En est-on bien sûr ? Pour notre part, nous ne le croyons pas.

Pendant huit années consécutives, nous avons prescrit aux pneumoniques, la digitale suivant la méthode de Hirtz (70 centigrammes d'infusion par jour), avec un succès presque constant. En 1888, voici venir une épidémie de pneumonies à basse température et à pouls fréquent. Les catastrophes se multiplient. Chaque fois que l'infection est forte, la digitale reste sans action sur le cœur; et finalement, nous avons abandonné cette médication à l'époque où un nouveau courant de vogue la signalait à l'attention du corps médical.

Les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine, qui avaient réussi, après M. le professeur Lépine, à M. Dieulafoy et à d'autres, ne nous ont donné aucun résultat favorable. Trois malades auxquels nous les avons administrées sont morts.

A la triste expérience des faits malheureux, nous avons de plus en plus simplifié la thérapeutique de la pneumonie.

Sulfate de quinine à doses moyennes (80 cent.) comme vaso-constricteur et agent qui diminue la désintégration organique (A. Robin), alcooliques, extrait de quinquina, liqueur ammoniacale anisée, comme toniques et modificateurs de la sécrétion bronchique ; à l'occasion enveloppements dans le drap mouillé, lotions d'eau vinaigrée fraîche en cas d'accidents nerveux, injections sous-cutanées d'ergot et de caféine (Huchard), si le pouls faiblit et que la tension artérielle s'abaisse. Avec cela, boissons abondantes pour favoriser la diurèse, vésicatoires pendant la convalescence si la résolution languit, telle a été la pratique à laquelle nous nous sommes tenus. A vrai dire, la thérapeutique rationnelle de la pneumonie, celle qui annihile les effets des substances toxiques sécrétées par le pneumocoque, n'existe pas encore, et, en dépit de tous les traitements, les pneumoniques continueront de succomber ou de guérir suivant la constitution médicale ambiante et le degré de leur résistance. Les épidémies graves de pneumonies que nous avons eu à traverser assombrissent un peu notre statistique : nos 142 malades ont donné 29 décès, soit une proportion de 20 0/0.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Les chirurgiens allemands ont tenu leur Congrès annuel à Berlin, dès que le Congrès international de Rome eut fermé ses portes. Les communications furent nombreuses qui ont pu attirer l'attention des chirurgiens. Il en est deux surtout qui ont eu un retentissement marqué, tant à cause de l'importance de la matière qui y est traitée qu'à cause de leurs auteurs. Ce sont ces deux grands travaux que nous allons analyser ici.

Du traitement conservateur dans la coxalgie tuberculeuse.

M. Bruns (de Tubingen) a tenté par des recherches consciencieuses d'établir une statistique sur les résultats obtenus dans la coxalgie tuberculeuse par les méthodes conservatrices. Chaque fois qu'on institue un traitement pour une coxalgie, on ignore malheureusement si la lésion locale pourra guérir, à quel prix on pourra la guérir, on ne sait pas non plus quelles chances a le malade de voir la lésion rester localisée. Depuis quarante ans, six cents coxalgiques ou prétendus tels ont été soignés à la clinique de Tubingen. Pris en bloc, ces cas donneraient une statistique merveilleuse. Une enquête fut faite par M. Bruns et son assistant M. Wagner, dans le but de savoir ce qu'étaient devenus tous ces malades.

Ils purent, grâce à de patientes recherches, en retrouver un assez grand nombre. Plus de deux cents se soumirent à un examen ; d'autres, et ils sont nombreux, ont envoyé par écrit les renseignements qui leur furent demandés, mais de tous ces malades, combien avaient, lors de leur passage à la clinique de Tubingen, une véritable coxo-tuberculose ?

Un certain nombre sont inscrits sur les registres de la clinique avec le diagnostic de coxite au début, qui n'avaient que de l'incurvation du col fémoral. Cette affection décrite par Muller, M. Bruns, par analogie avec le genu valgum, la dénomme Coxa valga, c'est l'incurvation de l'extrémité supérieure du fémur. Comme elle s'accompagne de douleurs, de gêne fonctionnelle, le diagnostic de coxalgie a été fait souvent par erreur.

Dans d'autres cas, c'est à la coxalgie rhumatismale des adolescents qu'on a eu affaire.

L'enquête a établi encore le degré de fréquence de l'ostéomyélite du col fémoral. La profondeur du col, la situation intraarticulaire de sa partie interne ne sont pas faites pour simplifier le diagnostic. S'il est vrai, comme l'a fait remarquer Kœnig, que le début de l'inflammation est le plus souvent aigu ou subaigu, il faut reconnaître que souvent la maladie affecte dans ses allures la marche chronique de la tuberculose. En l'absence d'abcès, c'est souvent longtemps après le début que la nature de l'affection est devenue manifeste, lors de l'émission d'un séquestre, ou après la formation d'une cicatrice adhérente à l'os, ou plus tard encore quand, par suite de l'arrêt de développement, le raccourcissement

du membre acquiert un degré très accentué. Tous ces cas ont été éliminés de la statistique de M. Bruns. Bien plus, il a écarté tous les exemples de guérisons effectuées en moins de deux ans, et tous ceux de guérison fonctionnelle parfaite.

Il reste ainsi 330 cas, dont 321 ont été traités par les méthodes conservatrices.

L'examen de ce respectable dossier a permis à son auteur de poser les conclusions suivantes :

1° La coxalgie tuberculeuse atteint presque uniquement les jeunes gens âgés de moins de 20 ans (85 0/0) ;

2° Un tiers des malades n'a présenté aucune suppuration ;

3° Dans un peu plus de la moitié des cas, le traitement conservateur a amené la guérison, mais il faut compter en moyenne quatre ans de traitement ;

4° Dans les 2/5 des cas, la mort arrive vers la troisième année, par suite de l'extension de la tuberculose aux viscères ou aux méninges, ou résulte de dégénérescence amyloïde, d'infections, d'hecticité ;

5° L'existence de la suppuration assombrit le pronostic, puisque les coxalgies non suppurées donnent 77 0/0 de guérison. Ce chiffre tombe à 42 0/0 chez les suppurants ;

6° La guérison est d'autant plus certaine que le sujet est plus jeune ;

7° Les malades guéris de coxotuberculose restent candidats à la tuberculose des autres organes. 6 0/0 des enfants de 0 à 10 ans, 9 0/0 de 11 à 20, 7 0/0 au delà de 20 succombent plus tard à des tuberculoses diverses.

Quant aux cas restés guéris, bien que, pour les deux tiers, la guérison se soit faite au prix d'une ankylose, les malades ont repris un état de santé excellent. Le fonctionnement du membre est très suffisant et un grand nombre d'entre eux est capable de marches prolongées, malgré l'atrophie, le raccourcissement et la claudication qui en résultent.

L'attitude vicieuse est la règle dans les ankyloses, c'est, le plus souvent, une flexion plus ou moins prononcée, avec un degré variable d'adduction ou d'abduction.

Le raccourcissement vrai n'atteint guère que trois centimètres, mais, par suite de l'usure du sourcil cotyloïdien, de l'élévation du bassin, le raccourcissement total arrive à 7 centimètres, quelquefois 10 ou 12.

Cette statistique comprend un grand nombre de sujets, chez qui aucun traitement efficace n'a été suivi. Chez d'autres, les méthodes les plus diverses ont été employées.

Si on met en parallèle les cas où une intervention active, la résection a été choisie, il est facile de voir que les résultats sont à peu près les mêmes. Et, comme l'opération ne suffit pas à protéger le malade contre l'extension du mal tuberculeux, on peut affirmer qu'elle n'est de mise qu'après l'échec d'un traitement conservateur persévérant.

Ces conclusions sont adoptées par la majorité des chirurgiens présents. Ceux qui ont pris la parole dans la discussion : MM. **Schede, Helferich, Gussenbauer**, ont apporté des statistiques qui, pour être moins fournies de faits, n'en forment pas moins un ensemble très respectable.

Seul, **M. von Bergmann** a défendu brièvement la résection, tout en reconnaissant qu'elle ne pouvait donner de brillants résultats que grâce à l'obtention d'une ankylose en bonne position. Ce traitement, il le reconnaît, peut demander plusieurs années.

Résultats de l'opération de Hoffa pour les luxations congénitales de la hanche.

M. Hoffa (de Wurtzburg) présenta au Congrès une pièce anatomique dont l'importance n'échappera à personne : c'est la néoarticulation d'un enfant opéré suivant sa méthode et mort six mois après, de diphtérie. Les surfaces articulaires sont recouvertes de cartilage hyalin, la cavité cotyloïde est profonde et maintient bien la tête fémorale. De plus, cette pièce montre qu'on peut creuser assez loin sans craindre de perforer l'os iliaque.

L'opération doit être pratiquée chez des enfants de trois à six ans. Plus tard le col du fémur s'incurve en avant et il devient difficile de maintenir la tête en place sans faire subir au fémur un mouvement de rotation interne, quelquefois même une ostéotomie devient nécessaire.

Chez les adultes, l'abstention semble recommandable, parce que le col s'atrophie et les troubles fonctionnels sont de moins en moins marqués.

Cependant, lorsque la tête tend à s'élever de plus en plus, M. Hoffa préconise une opération spéciale : il résèque le ligament rond pour permettre à la tête fémorale de venir au contact de l'os iliaque, dénude l'os iliaque en arrière et au-dessus du cotyle. Alors, il résèque une partie de la tête fémorale et applique la surface de section sur la partie dénudée de l'os coxal.

M. Schede, pour faciliter l'opération chez les adultes, pratique auparavant l'extension à l'aide de poids.

En présence des dangers de l'opération de Hoffa, **M. Mikulicz** propose un traitement non sanglant dont il donne la description : un appareil spécial, qui permet d'obtenir l'abduction maxima avec rotation en dehors, est appliqué à l'enfant d'abord pendant une heure par jour ; on augmente progressivement le temps d'application jusqu'à dix à douze heures par jour. En même temps, on fait l'extension au moyen de poids. La guérison s'effectue après six à douze mois de traitement.

M. Schede, chez les tout jeunes enfants, réduit la luxation et la maintient réduite à l'aide d'une ceinture pelvienne avec attelle latérale, enfonçant la tête fémorale dans la cavité cotyloïde, et portant le membre en légère abduction.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mai. — Présidence de M. Jules Rochard.

Election de deux correspondants nationaux.

MM. Mairet (de Montpellier) et Vergely (de Bordeaux) sont élus.

De l'épistaxis.

M. Verneuil. — Il y a plusieurs points encore insuffisamment connus dans l'étude de l'épistaxis.

L'épistaxis présente trois grandes variétés : l'épistaxis juvénile, l'épistaxis héréditaire et l'épistaxis hérédo-hépatique.

Parlons d'abord de l'épistaxis juvénile : les auteurs classiques ont admis une étiologie que mon expérience me permet de modifier quelque peu.

Les causes les plus fréquemment invoquées sont la phtisie, le rhumatisme dont l'épistaxis serait un accident prémonitoire, la pléthore, le développement au moment de la puberté, les excès de travail intellectuel, l'onanisme.

Les jeunes gens sujets à l'épistaxis, loin d'être des candidats à la tuberculose, me semblent bien plutôt des arthritiques, vigoureux souvent, migraineux, présentant souvent un embonpoint précoce.

Plus tard, ces individus sont encore sujets à perdre du sang, non seulement par le nez, mais par toutes les voies, digestive, génitale, sans qu'on puisse invoquer une autre cause que l'arthritisme.

Quant aux autres causes admises, pléthore, etc., ce ne sont souvent elles-mêmes que des effets d'une toxine dont l'origine me semble être les affections hépatiques.

La rareté des maladies du foie dans la première moitié de la vie est plus apparente que réelle et, à plusieurs reprises, j'ai relevé à ce sujet des erreurs de diagnostic.

L'hémophilie, terme inventé pour cacher notre ignorance, est invoquée pour expliquer le mécanisme des épistaxis héréditaires. Je ne connais pas un seul cas d'hémophilie idiopathique.

Mais j'ai pu constater souvent les rapports qui existent entre les épistaxis héréditaires et l'hépatisme.

J'ai eu récemment l'occasion de vérifier cette théorie chez un jeune homme dont les antécédents arthritiques manifestes consistaient surtout en troubles hépatiques.

J'ai pu aussi faire un diagnostic rétrospectif dans le même sens au sujet d'un enfant sujet aux hémorrhagies nasales et anales.

Aussi l'épistaxis ne doit pas seulement comporter un traitement local.

L'arthritisme doit être traité, chez eux, principalement par les alcalins, le régime végétarien, les douches sur le foie.

M. Panas. — Il est vrai que les hémorrhagies nasales dites spontanées n'existent pas. Mais elles ne doivent pas toutes rentrer dans le cadre d'origine hépatique. J'ai pu, dans plus d'un cas, déceler une autre origine : dilatation gastrique, constipation opiniâtre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 mai. — Présidence de M. Chauveau.

Glycosurie, diabète et microbes.

MM. Charrin et Carnot. — L'infection des glandes par voie ascendante est un fait bien connu. Sous l'influence de causes diverses, les microbes remontent le canal de Sténon, le cholédoque, l'uretère, etc. ; de son côté, l'expérimentateur peut, à son gré, les injecter dans ces conduits. Nous avons songé à réaliser cette expérience à propos du pancréas, espérant déterminer, par ce procédé, des altérations capables de faire apparaître la glycosurie et créer une sorte de diabète d'origine bactérienne.

Nous avons choisi pour sujet de recherches le chien, le volume du pancréas étant trop minime chez le lapin ou le cobaye. Comme germes, nous avons inoculé le bacille du colon, des staphylocoques, le microbe pyocyanogène, tous parasites, à des degrés différents, du tube digestif, tous, par conséquent, pouvant se rencontrer à l'orifice du canal de Wirsung.

Il est nécessaire d'opérer avec l'antisepsie la plus rigoureuse, d'agir promptement, de retirer hors de la cavité abdominale, après avoir incisé exactement sur la ligne blanche dans une étendue de huit centimètres environ, une très petite partie de l'intestin, de décoller, à la sonde cannelée, avec délicatesse, le tissu de la glande. On met ainsi à nu le conduit à son point terminal, au niveau de l'ampoule ; on incise, on introduit une canule mousse ; on pousse l'injection ; on retire la canule, en ayant soin de lier aussitôt le canal grâce à un fil jeté au préalable ; le plus ordinairement, à la volonté de l'expérimentateur, la branche accessoire demeure libre. On constate que le pancréas a reçu le liquide, en vérifiant un léger gonflement de l'organe, gonflement dû au volume que l'on fait pénétrer ; dans nos tentatives, ce volume a été assez considérable ; il a varié de quatre à quinze centimètres cubes, attendu que nous avons dilué au tiers ou au quart, dans du bouillon pur, la culture utilisée. Ceci fait, on ferme rapidement l'ouverture par deux plans de sutures. En dehors des difficultés inhérentes à l'opération, à toute laparotomie, à l'isolement du conduit, le point important est d'introduire un microbe assez atténué pour ne pas engendrer d'infection générale, d'autre part suffisamment vivace pour créer une lésion locale étendue ; il faut également redouter la formation du pus, la péritonite, etc. Enfin, les animaux doivent survivre pendant un temps relativement considérable.

Toutes ces conditions font que jusqu'à présent, bien que, au début, M. Gley nous ait prêté le concours de son expérience, nous n'avons obtenu qu'un seul succès sur neuf tentatives ; un seul de nos chiens est devenu glycosurique : c'est celui que nous présentons.

Ce chien a reçu, il y a seize jours, sept centimètres cubes de culture dans son canal pancréatique. Le lendemain, il a présenté quelques signes d'intoxication, intoxication probablement due à une trop forte dose d'atropine ; l'anesthésie avait été pratiquée, suivant la méthode Dastre et Morat, par le chloroforme, en ayant soin de préparer le sujet par une injection d'atropo-morphine ; il est vrai que l'action de l'atropine sur les sécrétions glandulaires, dans ce cas particulier, a peut-être favorisé la greffe du parasite.

Les jours suivants, l'animal a maigri ; il pesait à l'origine 9 kilogr. ; son poids atteint aujourd'hui 6,400 grammes. Son appétit, médiocre d'abord, est devenu irrégulier ; il offre actuellement des accès de polyurie et de polydypsie : les urines, parfois, ont été riches en pigments.

Mais le point important, c'est que ce liquide urinaire, privé de sucre avant l'opération, comme pendant les douze jours qui ont suivi, en contient depuis soixante-douze heures ; ce sucre s'est montré en petite quantité pour arriver progressivement à 8 grammes par litre, soit 7 environ pour les vingt-quatre heures ; non seulement les urines se décolorent totalement lorsqu'on les chauffe avec la liqueur de Fehling, liqueur au préalable éprouvée, mais elle donnent, par ce procédé, un précipité fin, granuleux, rougebrique, qui présente les caractères assignés à l'oxydule de cuivre : avec la potasse, la teinte noire se développe.

Que deviendra cette glycosurie? Ira-t-elle en croissant, ou disparaîtra-t-elle par le fait d'une suppléance due à une partie de la glande plus ou moins hypertrophiée, ou pour d'autres raisons? Nous l'ignorons. Nous avons présenté ce chien pour que l'on puisse voir les symptômes de maigreur progressive qu'il offre, les phénomènes de polyurie et polydypsie, comme aussi de glycosurie. Ceci dit, nous faisons toutes réserves sur les résultats de l'autopsie, qui, probablement, à en juger par le dépérissement de l'animal, dépérissement qui nous a poussés à le montrer, aura lieu prochainement ; à ce moment, nous pourrons constater des lésions inattendues ; nous les ferons connaître.

Toutefois, dès à présent, on ne peut incriminer l'espèce microbienne pour expliquer la glycosurie, attendu que l'hypoglycémie est la règle au cours de l'infection pyocyanique, ainsi que l'ont prouvé Kaufmann et Charrin.

Ajoutons que, dans notre cas, les aliments générateurs de sucre, le lait, facilitent l'apparition de la glycosurie, alors que ces aliments sont incapables de provoquer cet accident chez des sujets sains ; le même phénomène s'observe chez les diabétiques.

Quoique le microbe soit ici le point de départ de cette glycosurie, son rôle n'en est pas moins secondaire, en ce sens, qu'une foule d'autres causes peuvent le remplacer, tous les agents physiques ou chimiques propres à détruire le pancréas et à le détruire dans son intégralité, détail qui constitue une des difficultés de l'expérience, sont dans ce cas.

Parmi les bactéries, il en existe peut-être qui trouvent dans cette glande des conditions plus ou moins propices à leur évolution, bien que ce tissu ne semble pas très favorable à l'infection ; chez l'homme cependant les calculs de cet organe et autres phénomènes, qui appellent l'infection, déterminent plutôt que le cancer, par exemple, l'éclosion du diabète pancréatique, diabète qui, vraisemblablement, ne comprend pas tous les diabètes.

Ce qui demeure capital dans cette expérience, c'est la découverte de Nimkoroski, c'est le terrain, c'est la fonction du pancréas. Les mêmes microbes, les mêmes agents appliqués ailleurs ne produiront rien de pareil.

En somme, ces recherches nous apprennent que certains diabètes, à leur origine, peuvent avoir une phase microbienne ; le microbe peut disparaître, ses toxines avec lui, et la lésion continuer, ou bien il peut persister. Mais elles nous apprennent également qu'il ne suffit pas, même dans une affection bactérienne, d'isoler sur agar ou sur gélatine le germe pathogène ; il convient aussi d'avoir souci de la cellule, du terrain, de l'organe, de son anatomie et de sa physiologie.

M. Chauveau. — Ces recherches, conduites avec logique en mettant toute chose à sa place, sans rien exagérer, peuvent jeter un jour nouveau sur la question du diabète.

Nerfs sécréteurs du pancréas.

M. Morat. — L'examen de la glande en activité permet de constater que si les filets excitateurs se trouvent dans le pneumogastrique et les filets frénateurs dans les splanchniques, chacun de ces deux nerfs contient, en réalité, des filets des deux espèces avec prédominance d'une sorte de filets pour chaque nerf.

L'intervention de la pression dans les modifications des virus

La pression n'intervient pas seule dans les modifications des virus, puisque l'effet est variable suivant le gaz employé : oxygène, protoxyde d'azote, acide carbonique, etc.

La pression agit en modifiant la composition chimique des corps, en augmentant la densité.

Sécrétion salivaire intermittente par excitation de la corde du tympan.

M. Gley. — L'excitation prolongée d'un nerf sécréteur, la corde du tympan par exemple, détermine une exagération de la sécrétion salivaire, mais cette exagération est intermittente et encore d'une façon irrégulière.

Gangrène cutanée hystérique.

M. Féré. — Une jeune fille présentant actuellement des plaques de sphacèle, d'origine hystérique, a éprouvé autrefois des troubles gastriques rappelant l'ulcère simple de l'estomac. N'y a-t-il pas eu là une plaque de sphacèle gastrique d'origine névropathique ?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 mai. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Bactériologie des suppurations pelviennes.

M. Terrier lit un rapport sur la communication faite à ce sujet à la Société par MM. Hartmann et Morax.

M. Quénu. — Dans 7 cas d'affections salpingiennes j'ai fait faire l'analyse bactériologique. Deux fois il s'agissait de kystes hématiques, trois fois d'abcès. Dans ces cinq cas les cultures sont restées stériles. Un 4e cas de suppuration a donné à la culture du staphylocoque. J'agis comme l'ont recommandé MM. Hartmann et Morax, c'est-à-dire que si le pus est stérile, je supprime le drain 48 heures après l'opération. Je n'ai eu qu'un décès sur 40 opérées et dans des conditions tellement particulières que je vous demande la permission de vous faire connaître l'observation. Il s'agit d'une jeune fille de 27 ans, vierge, ayant eu une jeunesse un peu maladive. Dans son enfance elle eut un abcès dans la région du cœur. Elle fut réglée à 13 ans, mais irrégulièrement. A 18 ans ayant fait une chute elle éprouva de violentes douleurs dans l'abdomen. A la suite de cet accident ses règles devinrent fréquentes, tous les 10 jours environ. En 1891 elle présenta une série de symptômes : douleur, vomissements, métrorrhagies, leucorrhée qui disparurent à la suite d'un traitement anodin. Je la vis pour la première fois en septembre 1893 et ne lui trouvant pas de grosses lésions je lui fis un curettage et la maintins au repos pendant 2 mois. Elle rentrait en janvier dernier, et le 9 mars je l'opérai. Je trouvai les trompes immobilisées par des adhérences, bosselées, jaunâtres et comme caséeuses. Il me semblait bien avoir affaire à de la tuberculose. Les deux jours suivants la malade se porta à merveille. Elle rendit des gaz au bout de 24 heures. Le 3e jour elle fut prise d'étouffements vers 9 heures du matin. A 10 heures sa température était de 38°, elle eut une violente hémoptisie. L'abdomen était indolent, rétracté. Je lui fis appliquer des ventouses. Je revins la voir le soir à 6 heures 1/2. Je la trouvai anhélante, sa température était de 39°2. Elle avait rendu dans l'après-midi une petite cuvette de sang. A 7 heures elle mourait devant moi.

Ses crachats furent envoyés à Clamart, où le docteur Lesage les inocula à des cobayes et des lapins. Ces animaux périrent en 8 à 10 heures d'infection pneumococcique. La pièce fut examinée au laboratoire de M. Metchnikoff, qui m'a remis une note excessivement instructive. Chaque trompe contenait une grande poche kystique et une multitude de petits kystes secondaires. Dans toutes, le contenu était identique, granuleux, sans éléments définis. Ni cellules géantes, ni nodules.

Aucun procédé de coloration ne fit reconnaître de microbes.

Mais dans la paroi, M. Metchnikoff trouva de grandes cellules, des corps arrondis pigmentés, présentant le type des hématozoaires. Il en trouva de même dans le poumon, mais pas dans le sang.

M. Lucas-Championnière. — Je ne fais jamais de drainage, quelle que soit la nature du pus, et si les résultats de mes interventions abdominales, suppurations pelviennes comprises, me donnent deux pour cent de mortalité, je dois dire que ma statistique est plus brillante encore, si je ne prends que les suppurations.

M. Terrier. — Je ne partage pas l'avis de M. Lucas-Championnière. Je suis partisan du drainage, lorsque je trouve des adhérences, surtout des adhérences avec l'intestin, d'autant plus que la résection des adhérences peut intéresser les tuniques intestinales et produire d'emblée ou déterminer secondairement une perforation des voies digestives.

M. Segond. — Grâce au drainage, des femmes, qui ont eu à la suite des opérations des déchirures intestinales, ont présenté des fistules fécales sus-pubiennes, qui ont, il est vrai, duré plusieurs mois, mais, qui ont fini par guérir.

M. Quénu. — Il y a encore un cas où le drainage se trouve indiqué, c'est celui où on a affaire à des adhérences saignantes. On évite ainsi la stase du sang dans les culs-de-sac péritonéaux, et chacun sait que, dans ces conditions, le sang est un excellent milieu de culture pour les microorganismes.

De la constipation provoquée chez les opérés.

M. Delorme. — Je désire faire part à la Société de mes observations au sujet d'une question déjà discutée ici, à savoir de la constipation provoquée chez les opérés. Tous mes opérés sont des adultes sains chez lesquels je suis intervenu pour des traumatismes. La constipation était maintenue pendant 12 à 15 jours après l'opération au moyen de doses de laudanum décroissantes. Chez aucun d'eux je n'ai administré d'antiseptiques intestinaux. La température a été prise soigneusement pendant toute la durée de la constipation. Sur 160 cas, elle s'est maintenue 30 fois entre 36 et 37° ; 66 fois entre 37 et 38°. J'ai eu quelques élévations momentanées accompagnant des coliques et la température est retombée à la suite de l'administration d'une dose plus forte de laudanum. Chez quatre de mes opérés, la température s'est élevée deux fois au cours de congestion pulmonaire, une fois à la suite d'intoxication iodoformée, une fois enfin à l'apparition d'un accès de rhumatisme articulaire aigu. Mes opérés n'ont présenté ni nausées, ni vomissements, la langue est redevenue normale très rapidement. Chez la plupart d'entre eux l'appétit s'est conservé. L'alimentation a consisté en potages, œufs, viande et vin dès le troisième jour. Seules, les rations de pain et de légumes ont été diminuées pour ne pas amener une surcharge de l'intestin. Je n'ai eu à noter ni insomnie, ni altération du caractère. A peu près dans tous les cas, la première selle a été facile et n'a nécessité qu'un lavement glycériné. Je conclurai donc en disant que chez les adultes sains la constipation provoquée pendant quinze jours n'a pas les inconvénients de la constipation spontanée, et elle a dans beaucoup d'opérations des avantages évidents. Je m'abstiendrai de constiper les malades ayant une affection suppurative, l'intestin devant servir dans ces cas de voie d'élimination pour les toxines.

M. Quénu. — J'ai constaté des cas où la constipation spontanée pouvant durer de 20 à 25 jours n'a déterminé aucune fièvre, l'apparition de fièvre signifie qu'à la constipation s'ajoute autre chose. C'est probablement une augmentation de virulence des parasites intestinaux.

M. Lucas-Championnière. — M. Delorme a négligé de nous faire voir les avantages de cette pratique. Il nous est arrivé à

tous de voir des individus, maintenus au lit pendant quinze jours, rester constipés et présenter une gêne assez notable; un lavement ou un purgatif les soulageait d'une manière évidente. D'autres fois, chez nos opérés, nous notons une élévation de la courbe thermique qui n'a d'autre explication que la constipation et la température redescend dès que l'intestin est évacué. Je crois, pour ma part, que la constipation n'a pas d'avantage et, au contraire, peut être nuisible.

M. DELORME. — Je n'ai envisagé la question qu'au point de vue général et scientifique, et c'est graduellement que je suis arrivé à constiper mes opérés. J'obtiens ainsi l'immobilisation de l'intestin dans les fistules à l'anus, opérées avec réunion primitive. J'évite les contractions du releveur de l'anus dans la cure des hémorrhoïdes. Les incisions qui empiètent sur la région anale, celles de l'opération du varicocèle sont ainsi à l'abri des souillures. Il en est de même des pansements des hernies crurales et inguinales.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Pour cette dernière classe d'opérations, je juge la constipation absolument inutile.

Hygroma tuberculeux sous-deltoïdien.

M. DELORME présente un malade à qui il a extirpé un hygroma sous-deltoïdien dont la nature tuberculeuse a été démontrée par l'examen. Le porteur de cet hygroma était un vigoureux cuirassier ne présentant aucune tare tuberculeuse.

M. TILLAUX. — J'ai opéré un malade dans les mêmes conditions à l'hôpital Lariboisière et 10 ans plus tard je dus réséquer l'épaule au même individu pour une tuberculose de l'humérus.

M. VERNEUIL. — Il faut bien se rappeler que nombre de tuberculoses locales restent locales sans tendance à la généralisation. Il en est souvent ainsi du mal de Pott et des hygromas.

M. PEYROT. — J'ai opéré à quatre reprises différentes, chez la même personne, une fistule à l'anus. La troisième fois, j'incisai l'abcès nouvellement formé et je fus très surpris de le voir rempli de grains riziformes. Je pensai qu'il s'était établi là une bourse séreuse, seule explication possible de cette forme de tuberculose.

M. QUÉNU. — Un bon nombre de fistules anales ne sont que des fistules ostéopathiques. Or, dans ces cas, il serait admissible que la collection péri-anale ayant son origine dans une synoviale évoluât suivant le type spécial de tuberculose à grains riziformes.

R. MARMASSE.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 4 AU 9 JUIN 1894

A. — EXAMENS

LUNDI 4 JUIN. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Lejars et Delbet. — 5e (2e partie), Hôtel Dieu (1re série) : MM. Hayem, Brissaud et Marie. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Fournier, Lancereaux et Déjerine.

MARDI 5 JUIN. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Charrin et Roger. — 4e : MM. Proust, Pouchet et Ménétrier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM Guyon, Pozzi et Schwartz. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Duplay, Humbert et Nélaton. - 5e (2e partie), Charité : MM. Cornil, Ballet et Letulle.

MERCREDI 6 JUIN. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Grancher, Chauffard et Netter. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Potain, Joffroy et Marie.

JEUDI 7 JUIN. — 3e (2e partie) : MM. Cornil, Gilbert et Ménétrier.

VENDREDI 8 JUIN. — 3e (2e partie) : MM. Hayem, Landouzy et Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Nicaise et Ricard. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Straus, Lancereaux et Brissaud. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Potain, Chauffard et Gaucher. — 5e (1re partie), Obstétrique (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes et Varnier.

SAMEDI 9 JUIN. — 3e (2e partie) : MM. Laboulbène, Letulle et Poirier. 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Panas, Humbert et Albarran. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Dieulafoy, Chantemesse et Charrin. — 5e (1re partie), Obstétrique (Clinique d'Accouchements, rue d'Assas) : MM. Tarnier, Maygrier et Bar.

SAGES-FEMMES DE 1re CLASSE. — LUNDI 4 JUIN. — MM. Farabeuf, Pinard et Retterer.

B. — THÈSES

MERCREDI 6 JUIN, à 1 heure. — *M. Roy* : Contribution à l'étude de l'urobilinurie et de la glycosurie dans l'érysipède. — *M. Lscat* : Evolution et transformations anatomiques de la cavité naso-pharyngienne. — *M. Patricopoulo* : Neurasthénie d'origine traumatique. — *M. Le Bart* : Le chancre primitif du nez et des fosses nasales. — *M. Bagourd* : Contribution à l'étude des kystes essentiels de la mamelle. — *M. Lucas* : Etude clinique des tumeurs néoplasiques des doigts.

JEUDI 7 JUIN, à 1 heure. — *M. Alam* : Essai sur l'application des méthodes de laboratoire au traitement de la tuberculose. — *M. Wermeille* : Stomatite et rhinite impétigineuses dans la rougeole ; leurs rapports avec la broncho-pneumonie. — *M. Marsat* : Essai d'urologie clinique dans l'érysipèle. — *M. Plantier* : Contribution à l'étude de l'absorption par la peau saine des substances solubles dans l'eau, en poudre ou en solution aqueuse. — *M. Auscher* : Deux cas de tabes combiné suivis d'autopsie. — *M. Miras* : Le sclérème des nouveau-nés. — *M. Foy* : De l'intervention chirurgicale dans les déchirures du rein.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Faculté de Médecine de Paris

RÉORGANISATION DU STAGE DANS LES HOPITAUX. — La Faculté de médecine de Paris vient de rappeler par affiche, aux étudiants, le décret du 20 novembre 1893, qui réorganise le stage dans les hôpitaux, et dont nous avons déjà parlé. Cette publication est accompagnée des renseignements suivants :

CLASSEMENT DES STAGIAIRES. — Les stagiaires seront répartis par année (art. 3 et 9 du décret), et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec ; — pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions.

Les élèves en cours irrégulier d'études seront classés les derniers.

C'est dans le même ordre que les stagiaires seront appelés à choisir les services dans lesquels ils désireront faire le stage.

Une lettre de convocation individuelle leur sera adressée à cet effet.

Aucune exception à cette règle ne sera admise.

Les titulaires d'enseignement devront s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement.

Le choix des services aura lieu dans la première quinzaine de novembre, pour le trimestre de décembre à février inclus, et dans la première quinzaine de février, pour le trimestre de mars à mi-juin.

Les listes des stagiaires seront arrêtées les 15 novembre et 15 février pour être immédiatement transmises au directeur de l'Assistance publique.

Ceux qui n'y seraient pas inscrits ne pourraient pas prendre d'inscriptions.

L'inscription de janvier sera délivrée au stagiaire qui aura été régulièrement inscrit et classé ; — l'inscription d'avril, d'après les notes du professeur pour le trimestre de décembre à février inclus; — l'inscription de juillet, d'après les notes du professeur pour le trimestre de mars à mi-juin.

L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin (art. 7), le stage commencera irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

Les règlements précédents recevront leur entière exécution dans l'année scolaire 1895-1896.

En 1894-1895, ils ne seront appliqués qu'aux élèves de 3e et 4e années, dont la scolarité est soumise au stage médical et chirurgical.

Les listes des stagiaires, pour l'année scolaire 1894-95, seront établies à la suite de l'inscription de juillet 1894. — En conséquence, le doyen invite MM. les étudiants à se mettre en cours régulier d'études avant la fin de la présente année scolaire.

Inscriptions et consignations.

I. *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions sera ouvert le lundi 18 juin 1894. — Il sera clos le mardi 17 juillet 1894, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première année (doctorat et officiat), les lundi 18, mardi 19, mercredi 20, jeudi 21, vendredi 22 et samedi 23 juin 1894;

2° Inscriptions de deuxième année (doctorat), les mercredi 27, jeudi 28, vendredi 29 et samedi 30 juin 1894;

3° Inscriptions de troisième et quatrième année (doctorat), les vendredi 6, samedi 7, mercredi 11, jeudi 12, vendredi 13, lundi 16 et mardi 17 juillet 1894;

4° Inscriptions de deuxième, troisième et quatrième année d'officiat, les lundi 2 et mardi 3 juillet 1894.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés : l'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 3e trimestre 1893-94. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. *Consignations.* — 1° Les élèves-docteurs ajournés, à la session de novembre 1893 et à celle de janvier 1894, au 1er examen de doctorat, et les élèves officiers de santé ajournés aux 1er, 2e et 3e examens de fin d'année (officiat), devront consigner le jeudi 7 juin, aux heures ordinaires.

Ils seront appelés à subir leur examen du 18 au 25 juin.

2° Les élèves de 1re année qui désirent subir le 1er examen de doctorat avant les vacances devront consigner les lundi 11, mardi 12, mercredi 13 et jeudi 14 juin. (Ils prendront la 4e inscription du 18 au 23 juin inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 25 juin.)

Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre.

Les aspirants à l'officiat sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année; ils consigneront : les élèves de 1re année, les lundi 11 et mardi 12 juin ; les élèves de 2e et 3e année, en prenant, selon le cas, la 8e ou la 12e inscription ; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du conseil de la Faculté.

3° En cas d'ajournement au 1er examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves-docteurs de 1re année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 15 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 8 ou le mardi 9 octobre 1894, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux élèves-docteurs de 1re année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.)

III. *Ostéologie.* — Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 15 octobre 1894. — MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat ou le premier examen de fin d'année d'officiat devront se faire inscrire à l'École pratique (bureau du chef du matériel). — A cet effet, le bureau sera ouvert tous les jours, de midi à 3 heures, pendant la période des examens (avant les vacances, à partir du 18 juin, et à la session d'octobre, du 15 au 31 octobre.)

Concours pour l'internat de la maison nationale de Charenton.

Ouverture du concours, le mardi 26 juin 1894.

Sont autorisés à concourir les étudiants en médecine de nationalité française, âgés de moins de trente ans, et pourvus de douze inscriptions.

Les candidats, qui voudront concourir, devront se présenter au secrétariat de la Maison Nationale pour obtenir leur inscription en y déposant les pièces ci-dessous indiquées :

1° Acte de naissance ;

2° Certificat de scolarité ;

3° Certificat de bonnes vie et mœurs.

La liste des candidats sera close le 18 juin 1894.

Un concours sera ouvert, le 2 juillet 1894, pour sept places d'internes en médecine et chirurgie, à l'hôpital Saint-Joseph de Paris.

Hospice de la Salpêtrière.

Le Dr Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses, le jeudi 31 mai 1894, à 10 heures du matin et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Hôpital Ricord.

M. le Dr Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes le samedi 2 juin, à 9 h. 1/2 du matin, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Chemin de fer d'Orléans.

DOUZE JOURS AUX PYRÉNÉES

Excursion du 30 mai au 12 juin 1894.

Billets à prix réduits.

Visite de Toulouse, Luchon, Bagnères-de-Bigorre, Luz et Saint-Sauveur, Le Cirque de Gavarnie, Cauterets, Lourdes, Pau, Bayonne, Biarritz, Arcachon, Bordeaux.

Départ de Paris (gare d'Orléans), le 30 mai 1894.

Retour à Paris (gare d'Orléans), le 12 juin 1894.

D'accord avec la Société des Voyages économiques, la Compagnie d'Orléans fera émettre, du 15 au 28 mai au soir, des billets d'excursion comprenant :

1° Le transport en chemin de fer;

2° Les chambres, service et repas (vin compris);

3° Le transport en omnibus et en voitures;

4° Les entrées et visites des monuments;

5° Les soins des Guides-Conducteurs de l'excursion.

Par les soins et sous la responsabilité de la Société des Voyages économiques.

Prix de l'excursion complète : 1re classe, 329 fr. 80 ; 2e classe, 296 francs 70.

Le nombre des places est limité.

Les billets sont délivrés dans les bureaux de l'agence des Voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre, et 10, rue Auber, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés :

A la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz); 8, rue de Londres; 7, rue Paul-Lelong; 5, rue Gaillon; 6, place Saint-Sulpice; 7, place de la Madeleine; 21 bis, rue de Paradis; 34, boulevard de Sébastopol; 63, rue des Archives ; 326, rue Saint-Martin; 21, rue du Faubourg-Saint-Antoine; 33, quai Valmy; 21, rue du Bouloi.

ANATOMIE

L'infundibulum et les orifices des sinus.

Par le Dr Paul Raugé (de Challes).

De chacun des sinus frontaux descend obliquement un canal osseux, qui se continue par en bas en une sorte de gouttière, creusée sur la paroi externe du méat moyen, et dans laquelle vient s'aboucher l'orifice du sinus maxillaire. Or, il règne une certaine confusion dans la façon dont on comprend, et surtout dont on désigne les différentes portions de ce conduit.

La partie supérieure, celle qui forme un canal complet, répond à la grande cellule qui s'ouvre à la partie antérieure de l'ethmoïde, et que coiffe le sinus frontal à la façon d'un couvercle arrondi. C'est là le véritable *infundibulum*, ce qu'on trouve désigné sous ce nom dans toutes les anatomies classiques.

Quant à la gouttière inférieure, elle est formée par un pli de la muqueuse, imaginé entre les lèvres d'une fente que limitent en haut la bulle ethmoïdale, en bas le bord supérieur concave de l'apophyse nuciforme. Oblique en haut et en avant, cette gouttière se continue par son extrémité antéro-supérieure effilée, avec la pointe inférieure amincie de l'infundibulum proprement dit, de telle façon que leur ensemble forme un véritable sablier.

La plupart des anatomistes, tout en décrivant avec plus ou moins de précision la conformation de cette gouttière, négligent de la dénommer, ou bien, ce qui est plus fâcheux et entraîne une regrettable équivoque, l'appellent aussi infundibulum, comme l'entonnoir osseux fronto-ethmoïdal qui la continue par en haut. Mais c'est à tort que les auteurs étrangers attribuent aux anatomistes français la responsabilité de cette confusion de langage et désignent cette gouttière sous le nom *d'infundibulum des Français, infundibulum de Boyer*. Dans le passage de sa splanchnologie où Boyer décrit cette gouttière, le mot *infundibulum* n'est même pas prononcé. On ne le trouve que dans l'ostéologie où il est appliqué très nettement à l'entonnoir ethmoïdal.

Pour distinguer cette gouttière du véritable infundibulum, il importe de lui donner une dénomination particulière. Le nom de *gouttière de l'infundibulum* (Testut) paraît être le plus convenable : il affirme à la fois l'indépendance de cette partie du canal, sa forme et ses rapports avec l'infundibulum proprement dit.

Continue en haut avec le sinus frontal et les cellules ethmoïdales antérieures, recevant sur sa face externe l'embouchure du sinus maxillaire, la gouttière de l'infundibulum présente une importance chirurgicale considérable : aussi doit-on connaître exactement sa situation et ses rapports avec l'orifice nasal, pour l'atteindre facilement par le cathétérisme. D'après les mensurations de l'auteur, une ligne étendue de la partie postérieure de la narine au bord inférieur de la gouttière (apophyse nuciforme) fait avec l'horizon un angle de 45° et mesure, en moyenne, 5 centimètres de longueur. Cas deux données sont suffisantes pour guider la direction de la sonde et le degré de sa pénétration. Parvenu à cette profondeur, et suivant la ligne indiquée, le bec de la sonde, qui doit être recourbé en crochet, sera retourné en dehors et reviendra légèrement en avant et en bas, pour accrocher le bord inférieur de la gouttière.

Il ne restera plus alors qu'à parcourir délicatement cette gouttière, soit pour pénétrer en dehors dans le sinus maxillaire, soit pour atteindre, en avant et en haut, l'orifice du sinus frontal. Il importe d'ailleurs de noter que les difficultés de ce cathétérisme varient dans d'énormes limites suivant les conformations individuelles. C'est cette considération qui domine les indications du cathétérisme des sinus par les voies naturelles. Certainement avantageuse soit comme procédé d'exploration, soit comme moyen de traitement, cette opération doit être abandonnée dès que des difficultés d'exécution, imprévues et essentiellement variables, semblent devoir la rendre plus agressive qu'une trépanation de la paroi.

Nouvelles recherches de topographie crânio-encéphalique.

Par le professeur E. MASSE (de Bordeaux).

Ces recherches ont eu pour objet de tracer à la face externe du crâne, par un procédé spécial d'auto-gravure, sur des têtes d'études des lignes correspondant au *sillon de Rolando* et à la *scissure de Sylvius*.

Ces lignes tracées, nous avons déterminé leurs relations géométriques avec deux grandes lignes de direction : l'une supérieure et antéro-postérieure, à laquelle nous avons donné le nom de méridien crânien, passant par l'ophryon, le bregma et l'inion ; l'autre horizontale, à laquelle nous avons donné le nom d'équateur crânien, passant par l'ophryon, au-dessus de l'attache crânienne du pavillon de l'oreille et de l'inion.

Nous avons projeté chacune des lignes correspondant au sillon de Rolando et à la scissure de Sylvius sur ces espèces de longitude et de latitude crânienne. Il est tout aussi facile d'établir ces lignes sur le vivant que sur le cadavre. Ceci fait, nous avons procédé à des séries de mensurations, à l'aide desquelles nous sommes arrivés à trouver des nombres fractionnaires décimaux, qui expriment les relations constantes qui existent entre ces lignes et les segments de cercle qui les coupent, soit directement soit par prolongement.

Nous avons maintes fois constaté qu'il suffit de connaître ces nombres fractionnaires pour pouvoir déterminer avec exactitude, à l'aide de simples mensurations faites avec un ruban métrique sur des têtes de *différentes formes et de différentes dimensions*, la direction des sillons de Rolando et des scissures de Sylvius.

Nos conclusions pratiques sont les suivantes : c'est qu'il faut prendre les 53 0/0 du méridien crânien, à partir de l'ophryon, pour déterminer la situation exacte de l'extrémité supérieure du sillon de Rolando.

On trouve la direction de ce sillon en déterminant un point sur l'équateur crânien aux 42 0/0 de la distance qui sépare sur cette ligne l'ophryon de l'inion. Sur cette ligne Rolandique, l'extrémité inférieure du sillon de Rolando se trouve, de haut en bas, aux 67 0/0 de la ligne totale.

La scissure de Sylvius coupe l'équateur crânien aux 32 0/0 de la distance qui sépare horizontalement l'ophryon de l'inion.

On trouve la direction générale de la portion rectiligne de la scissure de Sylvius en déterminant sur le méridien crânien un point situé sur le prolongement de cette ligne qui se trouve aux 79 0/0 du méridien crânien, mesuré à partir de l'ophryon.

L'extrémité postérieure de la portion rectiligne de la scissure de Sylvius se trouve en moyenne aux 48 0/0 de la ligne Sylvienne, mesurée de bas en haut et d'avant en arrière.

Sur une tête préalablement rasée, on tracera facilement au crayon fuschiné un méridien et un équateur crânien. Grâce aux mensurations de ces lignes, à l'aide de simples règles de proportion, on tracera les lignes Rolandiques et Sylviennes à l'aide desquelles on sera toujours en mesure d'établir la situation exacte des différents centres de la localisation, sur lesquels on aura à diriger une action chirurgicale Les ventricules cérébraux et les ganglions crâniens se trouveront au-dessous d'un arc de cercle décrit concentriquement au méridien crânien, avec le conduit auditif comme centre et un rayon égal à la moitié de la distance auriculo-bregmatique. Dans les opérations de la chirurgie encéphalique, qui demandent de la précision, des notions exactes d'anatomie topographique sont indispensables. Les méthodes que nous avons employées sont à la fois simples, faciles à appliquer et donnent toutes les garanties désirables d'exactitude.

Rome, 29 mars 1894.

(*Congrès international de médecine, section de chirurgie.*)

Le Directeur-Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Imprimerie SCHILLER, 10, rue du Faubourg-Montmartre.

65e Année, 9e Série, Tome I | N° 23 | 9 Juin 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

REVUE GÉNÉRALE

Sur l'étiologie et le traitement des épistaxis.

Par M. Ripault, interne des hôpitaux.

L'épistaxis est un fait clinique pour lequel le médecin est fréquemment consulté ; mais trop souvent il se contente de constater l'écoulement sanguin et de l'arrêter par des moyens quelconques, sans y attacher grande importance, sans chercher à en approfondir l'origine et le point de départ ; la thérapeutique prescrite se trouve ainsi insuffisante.

Cette négligence est d'autant plus fâcheuse que l'épistaxis présente, au point de vue du diagnostic et de l'intervention, des indications utiles à connaître.

Non seulement il faut recourir aux commémoratifs, à l'examen soigneux de l'état général, des différents viscères, mais surtout à celui des fosses nasales, suivant en cela la méthode logique mise en pratique pour toute autre hémorrhagie : hémoptysie, métrorrhagie, etc.

Nous poserons en principe que, dans toute épistaxis prolongée ou à répétition, l'examen du nez à l'aide du spéculum et du miroir frontal s'impose ; on vient ainsi à bout en peu de temps, dans nombre de cas, d'un accident qui peut offrir les plus graves conséquences pour la santé, voire l'existence d'un individu.

Qu'il nous soit permis de rappeler deux faits très instructifs et intéressants à ce point de vue, observés par nous récemment :

Le nommé Schulze, âgé de 43 ans, se présente à la consultation laryngologique de Lariboisière pour des épistaxis fréquentes depuis une quinzaine de jours, devenues subitement très abondantes ; le malade est extrêmement anémié ; nous enlevons le tamponnement qui lui a été fait et se trouve insuffisant, nous examinons les fosses nasales et constatons du côté gauche sur la cloison à un centimètre 1/2 de l'orifice antérieur une petite tumeur violacée de la grosseur d'une tête d'épingle anglaise, animée de battements très perceptibles, et d'où le sang s'échappait en jet saccadé : il s'agissait d'un petit anévrysme rompu ; nous nous rendîmes maître de l'hémorrhagie à l'aide du galvanocautère ; le malade revu plus d'un mois après n'avait eu aucune épistaxis nouvelle.

Cet individu, saturnin, avait de l'albumine dans les urines, son médecin rattachait naturellement ces saignements de nez à son état général, insistant uniquement sur le régime lacté et l'iodure de potassium.

Dans un second cas, il s'agissait d'un tuberculeux venu à la consultation de médecine à plusieurs reprises pour des épistaxis presque quotidiennes ; les moyens employés n'étant pas satisfaisants, on nous l'adressa, en désespoir de cause : nous constatâmes une petite ulcération avec quelques bourgeons fongueux sur la cloison ; le tout fut gratté, touché à l'acide lactique, pansé à l'iodoforme ; nous obtînmes en peu de jours la guérison complète de ces hémorrhagies que l'on avait rattachées uniquement à la diathèse.

Dans combien de cas analogues ne rendra-t-on pas service au malade, en examinant, ou faisant examiner au besoin, ses fosses nasales, comme on le fait d'ailleurs couramment pour tout organe où l'on peut soupçonner quelque lésion ; à plus forte raison, quand le phénomène morbide se reproduit, et toujours du même côté.

L'étiologie des hémorrhagies nasales représente un chapitre de pathologie trop complexe pour que nous ayons l'intention de l'écrire ; aussi étudierons-nous ici les variétés les plus utiles à connaître tant au point de vue de leurs particularités que des avantages dont elles sont la source pour la diagnose et le pronostic de bien des affections, nous bornant à signaler celles qui n'offrent qu'un intérêt pratique secondaire.

A la suite d'une chute, surtout d'un lieu un peu élevé ou d'un coup assez violent porté sur un point quelconque du crâne, un blessé présentera une épistaxis.

Celle-ci est-elle abondante, persistante surtout, suivie de l'écoulement d'un liquide plus clair ou peu teinté de sang, elle doit faire craindre, presque affirmer, la fracture de l'étage antérieur de la base du crâne, avec ses suites toujours redoutables.

Un traumatisme peut avoir atteint le nez directement, il faut alors, guidé par l'épitaxis plus ou moins considérable, rechercher avec le doigt la crépitation et les signes caractéristiques d'une fracture des os propres ; l'hémorrhagie suffit à mettre sur la voie d'une fracture compliquée toujours utile à diagnostiquer rapidement, et qui sans ce signe eût couru plus de risques assurément d'être méconnue.

Chez un jeune enfant, de petites épitaxis se renouvelant fréquemment, en dehors d'autre symptôme morbide, doivent faire penser à la possibilité d'un corps étranger, si

elles s'observent toujours par la même narine ; nous en avons relevé encore un cas récemment.

L'importance que nous donnons à juste titre à l'examen rhinoscopique nous oblige à donner quelques détails sur les affections de la pituitaire qui s'accompagnent de perte de sang.

Celle-ci est si peu fréquente et surtout si modérée dans les cas de polypes muqueux, qu'on ne saurait se servir de ce signe que comme élément négatif de diagnostic ; c'est parfois chose fort utile en cas douteux.

Au contraire, l'hémorrhagie survient spontanément ou sous l'influence de la cause occasionnelle la plus légère (action de se moucher, etc.) dans d'autres circonstances où l'attention se trouve aussitôt attirée ; on pourra ainsi diagnostiquer, et de bonne heure, si on sait interpréter le fait que l'on constate, les papillômes, petites tumeurs d'aspect framboisé siégeant dans une narine au niveau et voisinage du cornet inférieur ; les angiômes, offrant toute la symptomatologie des tumeurs érectiles, attenant à la cloison par une large base, et fort peu mobiles ; les sarcômes de la cloison ; l'épithélioma, tumeur grisâtre, irrégulière, ou représentant une ulcération déchiquetée, sanieuse, avec engorgement ganglionnaire et avec induration manifeste.

Tous ces néoplasmes sont éminemment vasculaires ; aussi est-il tout indiqué d'agir avec grande douceur et prudence dans les moyens d'examen employés ; de ne recourir qu'à des procédés opératoires où l'hémostase soit assurée, en se tenant sur ses gardes contre le danger immédiat et pour plus tard.

La syphilis, à la période tertiaire, atteint assez volontiers la pituitaire ; la tuberculose, bien plus rarement ; quand chez des malades porteurs ou suspects de ces diathèses, on relèvera des saignements de nez, il importera de recourir à un examen très minutieux pour découvrir et attaquer la lésion le plus tôt possible ; chez l'ancien syphilitique surtout, l'épistaxis à répétition annonce hien souvent l'ulcération de la cloison dont la perforation deviendra l'aboutissant fatal, si on néglige d'intervenir à temps ; plus exceptionnellement, la constatation de cette lésion (basée sur l'hémorrhagie) permettra un diagnostic rétrospectif, et l'application d'une thérapeutique des plus utiles pour le malade, pouvant ignorer l'affection dont il est porteur, ou se refuser de parti pris à l'avouer au médecin.

L'épistaxis répétée appellera donc toujours l'attention vers la cloison : ulcérations, perforations, etc. C'est fait à noter que les rhinites sont rarement accompagnées d'épistaxis ; on ne les observe guère, avec quelque abondance, que dans les rhinites atrophiques, les ozènes, où elles sont en rapport avec des ulcérations de la muqueuse, et parfois aussi sont signe prémonitoire d'une perforation imminente du septum.

Tous ceux qui s'occupent de rhinologie savent qu'en cherchant on trouve le point de départ d'une épistaxis ; le siège en est le plus habituellement sur la cloison, à sa partie antéro-inférieure, près de l'orifice antérieur, par conséquent facilement accessible ; la lésion consiste en une petite fissure ou simple érosion ; ou hien une petite varice, qui s'est rompue et se trouve recouverte d'une croûte foncée, noirâtre, qu'il faut se garder d'arracher, tout en recommandant au malade de ne point se gratter ; dans d'autres cas, cependant, le siège peut être beaucoup plus profond et difficilement accessible ; il existe une petite ulcération au niveau du cornet moyen, et on peut même se trouver obligé de pratiquer la rhinoscopie postérieure pour affirmer la lésion initiale.

Des épistaxis, abondantes et répétées, survenant pour la moindre cause chez un jeune garçon de 10 à 20 ou 25 ans, ont une signification qu'on néglige bien souvent ; accompagnées de céphalées frontales violentes, d'une gêne plus ou moins appréciable, mais à rechercher, de la respiration nasale, elles obligent à porter le doigt dans le rhino-pharynx ; et ainsi on saura reconnaître les polypes naso-pharyngiens dont le pronostic et l'intervention, retardés jusqu'à l'apparition des déformations et des phénomènes de compression graves, deviennent bien plus sérieux, faute d'une interprétation suffisamment attentive des faits. On met généralement alors épistaxis et céphalées sur le compte des phénomènes de croissance qui les expliquent souvent, il est vrai, mais point toujours.

Les adolescents des deux sexes, jeunes filles surtout, présenteront de faciles saignements de nez au moment de la puberté ; disparaissant parfois complètement dès l'établissement régulier des règles, mais pouvant aussi les suppléer plus tard, et offrant alors une remarquable périodicité ; d'autres fois, le phénomène peut être attribué à l'état de chloro-anémie qui, très prononcée et persistante, peut faire craindre un début de tuberculose dont les épitaxis ont été maintes fois indiquées comme phénomène avant-coureur ; nous n'y insisterons point, pas plus que sur celles concomitantes de la tuberculose avérée et dont nous avons succinctement rapporté une observation, d'origine nasale.

Toute sa vie menstruelle, la femme est exposée au retour d'hémorrhagies ; mais, nous les retrouverons surtout à la période où la ménopause va s'établir ; souvent régulières alors, accompagnées de migraines violentes, d'un ensemble de troubles digestifs et nerveux qui, joints à la question d'âge, entraîneront le diagnostic de ce côté.

Rappelons enfin les épistaxis de la femme enceinte ; on les rencontre assez souvent.

M. Joal a observé maintes épistaxis des jeunes gens se rattachant à des excès vénériens, à l'onanisme ; il importe d'en être prévenu et d'y penser, au moins faute de renseignement autre.

Abordons maintenant les hémorrhagies, symptôme ou complication, des affections générales aiguës ou chroniques, et envisageons leur importance relative en pathologie.

Les épistaxis font partie des symptômes de début de la fièvre typhoïde ; fréquentes, nous pourrions dire habituelles, leur valeur diagnostique est donc réelle, d'autant plus qu'elles apparaissent aux premiers jours ; autant elles se voient dans la fièvre typhoïde, autant elles sont rares dans la grippe, la méningite et autres affections pouvant laisser un certain temps le praticien dans l'indécision.

Rarement abondantes et dangereuses, mieux vaut les respecter, car on note après elles la diminution de la céphalalgie toujours si pénible aux malades.

Se répètent-elles fréquemment, parfois après la première semaine, il faut alors se tenir sur ses gardes, craindre l'apparition d'hémorrhagies en d'autres régions, caractérisant les formes graves, la forme dite hémorrhagique en particulier.

Plus tardives encore, à la période de convalescence en particulier, elles pourront être symptomatiques d'ulcérations nasales ; point n'est besoin d'insister sur l'examen local si l'on veut éviter les plus graves complications du côté du squelette osseux ou de la cloison, d'autant plus que ces dernières évoluent souvent d'une manière silencieuse et traîtresse ; enfin, elles peuvent n'être qu'un phénomène critique, coïncidant avec les sueurs, les urines abondantes.

Dans une autre infection aiguë, nous les revoyons avec une fréquence presque semblable : nous voulons parler du rhumatisme articulaire aigu ; épistaxis répétées, rare-

ment dangereuses par leur abondance, à respecter aussi, à titre de dérivatif de la fluxion céphalique, mais à combattre si elles persistent quelque temps, à cause de l'état d'anémie où elles plongent un sujet déjà trop prédisposé.

Coïncidant avec un malaise général, des douleurs encore erratiques, un état fébrile modéré, elles acquièrent une réelle valeur pour un diagnostic précoce; et, d'autre part, dans les pseudo-rhumatismes ou rhumatismes infectieux, on observera exceptionnellement des épistaxis; s'il s'agit d'une forme fébrile et polyarticulaire, c'est là un élément qui peut avoir de la valeur.

Plus rarement déjà, on notera l'épistaxis au nombre des signes de l'érysipèle de la face où elle offre l'avantage d'une dérivation bienfaisante, sans annoncer nécessairement la propagation aux fosses nasales; ce n'est qu'au cas où elles se répèteront à plusieurs reprises, en se joignant à une sensation de brûlure, de sécheresse, de sensibilité spéciale de la pituitaire qu'on pourra songer à cette complication nouvelle avec tous ses dangers possibles.

De toutes les fièvres éruptives, il n'en est qu'une à bien dire où se reproduise dès le début avec insistance l'épistaxis : c'est la rougeole; quand chez un enfant ou un adolescent, elle s'alliera au coryza, à la toux, au larmoiement, avec état fébrile modéré, même en l'absence d'un de ces signes, elle autorisera pleinement le diagnostic rougeole; de même que pour la fièvre typhoïde, elle pourra se joindre à d'autres hémorrhagies, les précéder même, et annoncer à elle seule une forme hémorrhagique; même remarque s'appliquera à la scarlatine et à la variole *a fortiori*.

Nous ne pouvons que citer l'épistaxis dans les cas de fièvre jaune, scorbut, purpura (maladie de Werloff); ictère grave, ou maladie de Weill; hémophilie où sa persistance est tout à fait particulière et significative; impaludisme enfin, où elle revêt fréquemment un type plus ou moins nettement périodique et se trouve justiciable du sulfate de quinine à hautes doses, mieux que de tout autre moyen thérapeutique.

Arrêtons-nous quelques instants aux épistaxis de la diphtérie, en rappelant aussitôt que tout accident de ce genre n'implique point forcément la participation de la pituitaire à l'infection ; le meilleur et unique moyen de se renseigner consistera, comme toujours, à introduire le spéculum et à constater les fausses membranes *de visu* ; celles-ci peuvent d'ailleurs être expulsées, un jetage irritant se produire, l'épistaxis ne sert alors que de confirmation, mais, dans d'autres cas non rares, elle est le signe encore isolé du début; elle se reproduira alors avec insistance, et, si elle devient difficilement coercible, annoncera la malignité de l'affection.

La diphtérie débute assez souvent par le nez, comme l'avait déjà dit Bretonneau et comme l'a rappelé M. Tissier dans son récent article sur les coryzas pseudo-membraneux ; aussi, en temps d'épidémie, le moindre coryza, surtout accompagné d'épistaxis, doit faire craindre l'invasion de la maladie ; il en sera de même quand, au cours d'une angine suspecte, ou bien avérée, le saignement de nez fera son apparition ; de là résultent les indications d'une prophylaxie toute spéciale, et l'utilité d'irrigations antiseptiques répétées, comme les fait pratiquer rigoureusement, dans chaque cas d'angine à fausses membranes, notre maître, M. Gouguenheim.

Depuis Galien, on a attaché une certaine importance à la narine par laquelle se faisait l'écoulement sanguin : épistaxis à droite devait faire penser à quelque affection hépatique ; à gauche, à une lésion de la rate ; de fait, cette assertion se trouve vérifiée dans un certain nombre de cas cliniques, et, si l'on avait des doutes sur l'origine de l'hémorrhagie, il serait bon d'y songer.

Reprenant les idées du médecin grec, M. Verneuil, il y a peu de temps encore, a montré qu'on pouvait tirer grand profit d'une révulsion énergique à l'hypochondre droit contre des épistaxis rebelles hépatiques; MM. Cross et Imbert ont obtenu des résultats analogues chez des paludéens par des révulsifs appliqués sur l'hypochondre gauche.

Nous rappellerons que les épistaxis ne sont point rares chez les ictériques, sans qu'on puisse en tirer d'indication ni diagnostique, ni pronostique; l'affection hépatique où elles se montrent le plus volontiers est la cirrhose atrophique; elles sont abondantes, répétées, apparaissant à toute période de l'affection ; intéressantes surtout au début à titre de symptôme prémonitoire, non à négliger pour qui sait combien est insidieux le début de la maladie de Laennec ; et à la fin, où elles se joignent fréquemment à des hématémèses, etc., annonçant l'issue fatale prochaine ; dans la cirrhose hypertrophique, elles sont plus rares et surtout plus tardives.

Rappelons une fois encore que la connaissance de l'affection hépatique ne dispense jamais de l'examen des fosses nasales; tout récemment un cirrhotique d'un service de médecine de Lariboisière offrit à l'inspection au spéculum nasi un large ulcère perforant de la cloison, dont la pathogénie ne se rattache pas, que nous sachions, à la cirrhose atrophique.

Dans les hémorrhagies liées à l'hypertrophie splénique, il importe de rechercher l'impaludisme dont nous avons dit quelques mots, et la leucocythémie qui, elle aussi, s'accompagne volontiers d'épistaxis.

Les affections rénales paient aussi leur tribut ; l'accident est alors en rapport avec l'artério-sclérose généralisée qui nous explique également les hémorrhagies cérébrales, pulmonaires, etc.; c'est-à-dire qu'il y aura épistaxis, surtout dans les néphrites chroniques appartenant à la variété interstitielle.

On l'observe parfois à titre de signe précoce et pendant une période plus ou moins longue, consistant, le plus souvent, en petites hémorrhagies, se répétant le matin, au réveil en particulier, quand le malade se mouche, mais d'autres fois hémorrhagies considérables, mortelles même, survenant chez un individu qui en a été indemne jusqu'alors.

Toutes les fois, donc, qu'on notera semblable accident chez un adulte en particulier, il faudra chercher dans l'examen des urines la clé du diagnostic étiologique, et, si l'examen se trouvait négatif, exiger qu'on le répète à quelque temps de là, pour peu surtout qu'il existe quelques-uns des petits signes de brightisme : céphalée violente en bandeau, rigidité de la temporale, œdème palpébral passager, bruit de galop, etc., associés à l'hémorrhagie.

Plus d'un praticien attentif a pu ainsi dépister l'affection à ses débuts; et soigner son malade en conséquence, sans attendre des phénomènes plus évidents peut-être, mais aussi plus tardifs.

On rencontrera plus fréquemment l'hémorrhagie nasale à une période avancée de la néphrite ; il n'est pas rare, en ce cas, de la voir annoncer des phénomènes imminents d'urémie; il importe alors de la respecter, à moins que son abondance ne mettre en danger l'existence du brightique.

Quelques mots enfin des épistaxis des cardiaques; elles peuvent se voir dans l'hypertrophie simple à titre de phénomène purement fluxionnaire, mais plutôt dans l'hypertrophie compensatrice; c'est ce qui les rend probablement plus fréquentes chez l'aortique où elles se lient aux troubles d'anémie cérébrale : vertiges, défaillances, éblouissements passagers, etc.; elles ont une moindre importance chez le

mitral pur, plus sujet par contre aux stases et hémorrhagies pulmonaires.

Abordons rapidement la question du traitement. Il doit s'adresser à deux éléments : l'un général qui ressort du diagnostic dont nous avons cherché à mettre en relief les grandes lignes au moins ; l'autre local, auquel il importe de s'adresser en premier lieu. L'épistaxis est modérée ; ne tend pas à se répéter ; quelques mesures simples suffisent : pincer le nez, respirer bouche ouverte, tenir le cou dégagé, recourir au besoin à une irrigation froide ; nous avons vu qu'un certain nombre d'épistaxis étaient même à respecter (pléthoriques, exposés à des accidents cérébraux ; rénaux en imminence d'urémie ; rhumatisants avec céphalée violente, etc.) ; mais, d'autre part, l'hémorrhagie est abondante, elle ne s'arrête point par les moyens simples, et il faut la combattre ; que faire sans perdre de temps ?

Recourir à un moyen reconnu excellent et qui doit être inoffensif en même temps qu'efficace, au tamponnement des fosses nasales qui s'y prêtent, s'y offrent par leur disposition anatomique. Le tampon doit être un agent à la fois hémostatique et antiseptique ; la gaze iodoformée mieux que d'autres substances est indiquée ; on la découpera en languettes fines et longues de huit à dix centimètres environ, dont le nombre sera en rapport avec l'âge du patient et les dimensions relatives de son canal nasal ; on pourrait aussi recourir à l'amadou, bien épais et élastique, à condition de s'assurer préalablement de son état aseptique autant que possible.

Le tampon doit être porté directement d'avant en arrière, en suivant le plancher des fosses nasales, à l'aide d'un fort stylet ou d'une sonde cannelée qui l'enfonce sans hésitation jusqu'à l'orifice postérieur, c'est-à-dire à une profondeur de quatre à cinq centimètres chez l'adulte ; puis le stylet retiré on tassera le restant de la gaze, de sorte que le nez soit bourré d'un orifice à l'autre ; il faut cependant se garder d'un excès de zèle qui rendrait le tampon absolument insupportable.

On peut être obligé de tamponner simultanément les deux fosses nasales ; il faut le faire avec de plus grands ménagements encore que dans le cas précédent ; parfois la gaze pend dans le pharynx et gêne beaucoup le patient ; il importe alors de la retirer, s'assurant au besoin par le toucher qu'elle ne dépasse plus l'orifice postérieur.

Malgré le tampon, l'hémorrhagie atténuée peut ne pas cesser complètement ; on doit alors attendre, temporiser, à moins que l'écoulement ne persiste presque aussi abondant, auquel cas on remplace le tampon par un autre un peu plus épais et serré ; mais, encore une fois, ne se point presser.

Le tamponnement ne devra pas être maintenu plus de vingt-quatre heures ; passé ce temps, et même avant si l'on n'a plus de craintes, on le retirera avec précautions se tenant prêt à en placer un autre à la moindre menace de suintement, ou si l'on avait lieu de redouter par ta nature de la cause une récidive à brève échéance.

Une irrigation tiède faite avec ménagements débarrassera enfin le nez des caillots très gênants qui pourraient l'obstruer.

De par le siège habituel des hémorrhagies nasales, nous voyons que le tamponnement antérieur soigneux suffit ; si le tamponnement postérieur était jugé nécessaire, on se servirait d'un tampon de gaze, médiocrement volumineux, qu'on entraînerait par le pharynx à l'aide d'une sonde en gomme introduite par la narine ; ce tamponnement postérieur, surtout double, ne doit pas être conservé trop longtemps ; des exemples d'otite suppurée grave ayant été signalés (Gellé).

Nous venons d'indiquer le traitement d'urgence, celui que tout praticien doit employer de suite, principalement s'il est dépourvu de moyens d'action plus énergiques.

Mais, si l'hémorrhagie se répète facilement, ou par son abondance crée de réels dangers, il faut recourir à un traitement plus énergique et plus sûr, basé sur la recherche de la lésion, du point précis, unique ou multiple, qui saigne, et appliquer une hémostase directe.

Pour cela, on introduit le spéculum, et on se donne un bon éclairage, puis on étanche rapidement le sang à l'aide d'une série de pinceaux tenus préparés à cet effet, et l'on cherche le point à atteindre ; c'est vers la partie tout antérieure et inférieure de la cloison qu'il faut d'abord pousser ses investigations ; puis, plus en arrière et en dehors, sur les cornets moyen et inférieur.

L'ulcération découverte, on peut maintenir sur elle pendant quelques minutes un tampon trempé dans une solution d'antipyrine à 1/5, ou une solution saturée de perchlorure de fer (en ayant soin d'éviter sa diffusion), ou enfin un simple morceau d'amadou ; mais, ce qui est plus rapide et plus sûr, on recourra à la cautérisation directe, à la rigueur avec la pointe fine d'un crayon de nitrate d'argent, ou, ce qui vaut mieux, quand la chose est possible, avec la pointe d'un galvano-cautère, porté au rouge sombre, et appliqué à plusieurs reprises pendant quelques instants à peine ; par ce moyen on agira *cito*, *tuto*, nous pourrions ajouter *jucunde*, tant un tampon nasal maintenu longtemps est désagréable pour tout patient.

En quelques mots concluons :

L'épistaxis n'est pas fait banal ; il peut être, il est souvent d'une importance indiscutable en clinique.

La cause varie : fosses nasales et rhino-pharynx ; maladie générale aiguë ou chronique, lésion viscérale diverse ; mais le point de départ étant la cavité nasale, il importe d'en pratiquer l'exploration attentive, et facile d'ailleurs, à l'aide du spéculum, et du miroir au besoin ; la lésion est surtout en avant sur la cloison ; on a ainsi un diagnostic plus précis, une intervention facilitée et tout indiquée.

Le tamponnement antiseptique suffit ordinairement ; mais il ne faut plus s'en contenter si l'hémorrhagie persiste malgré lui, ou se renouvelle souvent ; l'examen physique s'impose à tout prix, et la pointe galvanique est la meilleure sauvegarde contre l'accident.

Quant à la thérapeutique causale, elle varie à l'infini avec les cas divers qui se présentent.

Diagnostic et traitement de l'épistaxis doivent donc se faire d'une manière raisonnée, armes en main ; n'est-ce pas d'ailleurs la conduite tenue et à tenir en présence de toute hémorrhagie.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

I. Traitement d'une attaque d'apoplexie.

L'attaque d'apoplexie, caractérisée par une paralysie soudaine, spontanée, plus ou moins complète, plus ou moins étendue, plus ou moins durable, du sentiment et du mouvement reconnaît un grand nombre de causes. En dehors de l'hémorrhagie et du ramollissement du cerveau qui en sont le plus habituellement l'origine, elle peut dépendre d'une tumeur cérébrale, d'une lésion de la moelle ou même d'une affection des reins. Le diagnostic de la cause devrait constamment précéder l'institution du traitement. Malheureusement, il n'est pas toujours aisé à établir ; aussi, comme il importe d'agir vite, voici la conduite générale qu'il convient en ces cas de tenir :

Il faut tout aussitôt faire asseoir le malade et le maintenir dans cette position après l'avoir dévêtu ; lui appliquer

des sinapismes sur les membres inférieurs, sinapismes dont on surveillera l'action, puisque la sensibilité a disparu; et, cela fait, envelopper les jambes dans l'ouate.

L'attaque est-elle très complète, le malade est-il gros avec un visage rouge, la saignée est indiquée. On retirera 300 à 400 grammes de sang, sauf à arrêter l'écoulement dès le retour de la connaissance ou si l'état s'aggrave. Chez une personne d'apparence peu vigoureuse on se contenterait de placer 4 à 6 sangsues derrière chaque oreille.

En même temps, on administrerait un lavement avec 15 grammes de sulfate de soude dans une infusion de 8 grammes de follicules de séné. Il importe de surveiller attentivement pendant toute la durée de l'attaque le bon fonctionnement de l'intestin.

Plus tard on mettra un vésicatoire à chaque mollet ou à la partie interne et inférieure des cuisses. Le lait et le bouillon administrés d'abord par cuillerées, ensuite par tasses toutes les deux heures constitueront la base de l'alimentation. Aux heures intercalaires on se trouvera bien de donner une cuillerée à soupe de la potion ci-après :

Caféine	} àâ 1 gramme.
Benzoate de soude	
Julep simple	120 grammes.

Le péril imminent créé par l'attaque une fois dissipé, il faudra instituer un traitement destiné à prévenir le retour de nouveaux accidents. A cet effet on devra prescrire un exercice quotidien modéré, une alimentation légère d'où seront exclus les féculents, les substances indigestes. Le tabac et l'alcool seront sévèrement défendus. Les travaux intellectuels et les préoccupations morales devront être soigneusement évités. Enfin, pour aider à toutes ces mesures hygiéniques, on trouvera grand avantage à faire prendre aux repas, pendant vingt jours par mois, une cuillerée à soupe de :

Eau	300 grammes.
Iodure de potassium	10 —
Arséniate de soude	0 gr. 10 centigr.

et tous les huit jours au lever un verre d'eau minérale purgative.

Le traitement prophylactique a la plus grande importance, car l'attaque d'apoplexie est comme une épée de Damoclès toujours suspendue sur la tête du prédisposé; elle constitue une sérieuse menace pour un avenir plus ou moins proche.

II. Un nouveau traitement de la coqueluche.

La coqueluche est une affection fréquente et tenace. Rien que l'énumération des moyens employés pour la combattre remplirait de nombreuses lignes. Une mention toute spéciale doit cependant être accordée à un nouveau traitement qui, s'il faut en croire la *Therapeutische Monatshefte*, aurait donné entre les mains de M. Ranbitschek les meilleurs succès.

L'auteur ayant eu à soigner ses trois enfants, âgés de 2 à 8 ans et atteints de coqueluche, a eu recours alternativement aux principales méthodes de traitement réputées, de l'avis des médecins, les plus efficaces. Le résultat thérapeutique fut à peu près nul. C'est alors que par hasard il fut amené à faire un essai de traitement avec le sublimé. Le succès fut tel, tant chez les propres enfants de M. Ranbitschek que chez d'autres enfants atteints de coqueluche, que l'auteur a cru devoir signaler à l'attention des médecins ce nouveau procédé de traitement dont voici l'exacte description. On imbibe un petit tampon d'ouate ou un pinceau d'une solution de sublimé au millième, on l'introduit dans l'arrière-gorge et on l'exprime contre la base de la langue, de telle sorte que le liquide vienne au contact de l'épiglotte et des portions avoisinantes de la muqueuse. En retirant le pinceau on a soin de badigeonner les amygdales, la luette et le voile du palais. Dans les cas graves, il suffit de faire chaque jour un lavage semblable; dans les cas légers, on se bornera à faire un lavage tous les deux jours. Il n'y a pas à redouter des accidents d'empoisonnement.

Dans les cas traités par M. Ranbitschek l'amélioration serait survenue en général le second jour, au plus tard le troisième jour. Elle se serait traduite par une fréquence et une violence moindre des quintes. Un enfant traité au début de la période convulsive aurait été guéri au bout de quatre ou cinq lavages.

Le traitement de la coqueluche par la solution de sublimé étant tout nouveau, a besoin d'être plus largement expérimenté. Mais d'ores et déjà il est justifié et légitime. La nature parasitaire de la coqueluche, soupçonnée pendant longtemps, a été mise en évidence par un médecin lyonnais, et dans les affections infectieuses l'efficacité des agents antiseptiques n'est plus à démontrer.

III. Traitement de la malaria par les injections sous-cutanées de solutions arsenicales.

Les préparations arsenicales, si fréquemment employées dans un grand nombre de maladies, sont généralement administrées par la bouche; leur utilisation par la méthode des injections sous-cutanées n'a été recommandée jusqu'ici que contre l'anémie rebelle aux autres moyens de traitement, contre le tremblement chez les sujets atteints d'affections de la moelle, contre la chorée, contre la fièvre des phtisiques.

On sait que l'usage interne de l'arsenic est rendu souvent impossible par le mauvais état des organes de la digestion. D'autre part, même chez les malades dont l'estomac est sain, ce médicament pris par la bouche amène facilement de l'intolérance du tube digestif, ce qui oblige à cesser le traitement. En pareille circonstance, l'usage sous-cutané de l'arsenic paraît tout indiqué et peut rendre des services incontestables, ainsi que le montrent deux cas d'impaludisme caractérisés par des troubles intestinaux graves; ces faits, observés dans le service de M. Zachariine, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Moscou, ont guéri rapidement par l'administration hypodermique de l'arsenic.

Dans un cas, il s'agit d'un malade âgé de 63 ans qui présentait des accès de fièvre très tenaces avec douleurs dans la région du foie. Comme il avait souffert autrefois de la malaria et que tout récemment il habitait un quartier bas et humide de Moscou, on supposa que la fièvre dont il était atteint était également d'origine paludéenne, quoique la rate ne fût pas sensiblement augmentée de volume. En conséquence, on lui administra des cachets de quinine qui eurent sur les accès fébriles une action manifeste, mais qui provoquèrent en même temps des troubles gastro-intestinaux graves. Bientôt il s'établit une fièvre persistante, les membres inférieurs enflèrent et le malade devint franchement cachectique. On était évidemment en présence d'une cachexie malarique grave, indiquant impérieusement l'usage de l'arsenic. Mais, comme ce médicament, vu l'existence des troubles des voies digestives, ne pouvait être donné par la bouche, on se décida à l'administrer par la voie sous-cutanée. On commença par injecter tous les jours une quantité de liqueur de Fowler représentant quatre divisions de la seringue de Pravaz. Dès la troisième injection, la température devint normale et l'état général, ainsi que l'appétit, s'améliorèrent visiblement. Sous l'influence de ce traitement, le foie ne tarda pas à diminuer

de volume pour revenir bientôt à ses dimensions normales. La guérison complète survint après la quatorzième injection.

Dans un second cas, il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans, ayant eu autrefois la fièvre paludéenne avec maux de tête violents survenant deux ou trois fois par semaine et ne se laissant que peu influencer par la quinine. La guérison fut obtenue par l'usage de la liqueur de Fowler injectée sous la peau.

M. Zaebariine se sert toujours de liqueur de Fowler récemment préparée. Il l'injecte lentement avec toutes les précautions aseptiques voulues soit dans la peau du dos, soit dans la peau des fesses. Une boulette de coton hydrophile, imbibée d'eau phéniquée et appliquée pendant quelques instants sur la piqûre, calme rapidement la douleur provoquée par l'injection. On commence par injecter quatre divisions de la seringue de Pravaz et on augmente progressivement la dose jusqu'à ce qu'on ait atteint le contenu d'une pleine seringue si c'est nécessaire. A aller plus loin, on s'exposerait à voir apparaître les phénomènes d'intoxication arsenicale, ce qu'il faut à tout prix éviter.

C. A.

REVUE CRITIQUE

Hygiène publique.

Par M. le Dr Drouineau.

Les communications faites à l'Académie de médecine, au sujet de la dernière épidémie de fièvre typhoïde à Paris, ont eu, comme conclusion, le vote d'un vœu destiné à assurer la pureté des eaux d'alimentation. Nous n'avons nulle envie de critiquer les louables intentions de nos savants académiciens et d'atténuer, en aucune façon, la portée du vœu qu'ils ont émis; il n'est pas un hygiéniste qui ne doive s'y associer: mais il a de grandes conséquences à divers points de vue et il peut, en sa concision, permettre certaines interprétations qu'il serait mauvais de ne pas prévoir. Il est donc légitime de s'en occuper.

Voici le vœu :

« L'Académie, en présence de la possibilité de la contamination et de la pollution des eaux des sources, distribuées à la population parisienne et tout en reconnaissant que cette contamination est un fait exceptionnel, qui ne s'est produit qu'à de très longs intervalles, émet le vœu :

» 1° En ce qui concerne l'amenée des eaux de source à Paris, que les mesures de police sanitaire que permet la législation actuelle soient prises pour préserver les eaux soit au captage des sources, soit sur leur parcours, de toute contamination ;

» 2° En ce qui concerne la question plus générale de l'alimentation des habitants en eau potable, que les dispositions de l'article 2 de la loi sur la protection de la santé publique actuellement soumise au Sénat, et qui permettent de défendre contre toute souillure les eaux d'alimentation, soient votées dans le plus bref délai possible. »

La première partie du vœu répond aux préoccupations parisiennes et d'une façon spéciale aux observations présentées par M. Bucquoy, au sujet des drains qui déversent dans l'aqueduc de la Vanne les eaux de filtration du sol. Nous ne saurions reprendre ici toute l'argumentation de M. Bucquoy, et nous renvoyons le lecteur au *Bulletin de l'Académie* (n° 18, 1er mai). Nous la résumons en deux mots : à Rigny-le-Féron, 4 cas de fièvre typhoïde, de décembre 1892 à mai 1893; les déjections typhiques souillent le sol et le rû de Tiremont. Le rû est à sec et la sécheresse est absolue pendant toute l'année ; l'hiver arrive ; grands froids au commencement de janvier, — 13°. Le bacille a résisté à cette épouvantable sécheresse, au froid, et les premières grandes pluies (14 janvier 1894) l'amènent après filtration dans les drains de l'usine de Flacy et dans l'aqueduc de la Vanne d'où il donne la maladie à Paris et à Sens le 20 février. Il est juste de constater qu'on n'a, à aucun moment, analysé les eaux des drains, ni le sol, et que les analyses des eaux de la Vanne, faites à diverses reprises, ont toujours été négatives ; par conséquent, en réalité, l'existence et les pérégrinations du bacille typhique demeurent problématiques. Néanmoins, le fait paraît suffisamment démonstratif à M. Bucquoy et à l'Académie elle-même. Nous ne voulons pas trop insister sur ce qu'il y a d'incertitudes accumulées dans cette étiologie et combien, scientifiquement, on gagnerait à se montrer plus exigeant en pareille matière. Dieux ! que les bacilles, pour être si petits, ont bon dos !

Mais, ce qui nous préoccupe en ce moment, c'est le procès fait, du moins il le semble, d'un mot aux eaux de drainage, et nous croyons que l'Académie serait désolée si le public, dépassant sa propre pensée, allait, dans l'avenir, déclarer toutes les eaux de drainage également coupables d'impuretés et de contaminations.

Le drainage est, en effet, une opération agricole et d'assainissement dont l'importance et les avantages sont incontestables. Nous savons qu'il peut être établi plus ou moins profondément, et à ce titre entraîner des eaux ayant subi dans le sol une filtration variable ; il faut aussi tenir compte de la nature de certains terrains qui font cette filtration ou active ou lente, qui ajoutent encore à l'eau des qualités spéciales en modifiant sa composition chimique. Nous savons tout cela ; et, devant cette variété de faits, il ne nous est pas possible, ignorant les conditions propres aux drains établis dans la prairie de Rigny, de soutenir que ce drain est impeccable. Mais, d'un fait, fût-il bien démontré, il ne faudrait pas conclure au général, quand, d'autre part, nous savons que les épreuves bactériologiques, auxquelles les eaux des drains ont été soumises, leur ont toujours été favorables. M. le professeur Cornil rappelle, dans son rapport au Sénat, les expériences de MM. Chantemesse et Widal, celles de M. Grancher sur les eaux de Gennevilliers, moins riches en bactéries que celles des sources de la Vanne et de la Dhuys. Arnould (*Revue d'Hygiène*, 1892) nous fait connaître la transformation des eaux des drains de Malchow, près Berlin, en étangs excellents pour la pisciculture et dont les produits étaient des plus estimés des consommateurs. En Angleterre, on les a utilisées en maints endroits pour des abreuvoirs et des fontaines publiques. Enfin, les hygiénistes les plus autorisés affirment que la filtration par le sol est le meilleur des procédés d'épuration des eaux, que celles qu'on a recueillies ainsi sont exemptes de microbes. M. Grancher, rappelons-le, n'a plus, en effet, constaté de bacilles de la fièvre typhoïde au delà de 50 centimètres ; les drains sont placés généralement bien plus profondément. Donc, mettre les eaux des drains d'un bloc en suspicion, sans preuves décisives, sans exception, c'est peut-être, pour qui voudrait lire entre les lignes, remettre en question l'épuration agricole ; il n'est pas croyable que cette pensée ait pu venir à l'Académie et qu'elle ait voulu répondre ainsi au vote tout récent du Parlement et à la victoire conquise par l'épuration agricole des eaux d'égout.

Si l'on se défend de toute arrière-pensée de ce genre ; si l'on prétend qu'il n'est en l'espèce question que des altérations *accidentelles* des eaux de filtration et ayant pour causes les eaux de surface, la question change alors d'aspect, et il serait bon de se bien entendre. Ainsi, l'on conviendra que les accidents ne menacent pas seulement les eaux à

leur source, ou dans leur canalisation ; mais les nappes souterraines qui alimentent nombre de communes, même les cours d'eaux qui fournissent un contingent alimentaire, toutes sont également menacées par les eaux de surface et ont droit à la même protection. Il serait donc démontré, si le problème de l'eau d'alimentation pure et saine paraît le plus grave et le plus urgent à résoudre au point de vue de la santé publique, qu'il ne sera possible d'assurer à ce point de vue l'hygiène des villes, qu'à la condition première de s'occuper de celle des campagnes, les sources, nappes, ruisseaux étant hors des périmètres urbains et liés intimement à la vie rurale et à sa salubrité.

C'est sans aucun doute, dira-t-on, ce qu'on a prétendu faire en rappelant les termes de l'article 2 de la future loi sanitaire. Or, cet article ne vise que l'acquisition d'un périmètre de protection pour les *eaux de source* et la prohibition, dans ce périmètre, des puits et de l'engrais humain. Cette protection est bien insuffisante en ce qui concerne les dangers qui résultent, d'une manière générale, des contaminations possibles par les eaux de surface.

Elle ne s'adresse en aucune façon aux nappes d'eau souterraines, aux eaux courantes ; elle est donc, en bien des circonstances, illusoire. Enfin, est-il vraiment logique, dans l'état actuel de nos connaissances, d'interdire l'engrais humain et de permettre l'engrais animal? Les déjections humaines seraient-elles, en tout temps, plus suspectes qu'un atelier d'équarrissage, qu'un lavoir public, que certaines industries manipulant la matière animale et rejetant au dehors des eaux résiduaires de toute nature? On peut prétendre que cette prohibition est un commencement et qu'il faut savoir se contenter de petites concessions quand il s'agit d'intérêts très considérables, tels que les droits de la propriété, l'avenir de l'agriculture, etc ; c'est bien là ce que M. Brouardel a fait entendre à ceux de ses collègues qui eussent désiré se montrer plus exigeants. Si le Parlement était saisi d'un projet de loi n'intéressant que les cours d'eaux, nous n'aurions peut-être rien à dire ; mais il s'agit en l'espèce d'une loi plus étendue, visant la santé publique tout entière et devant être pour longtemps notre code sanitaire, les lois étant de fabrication longue et difficile. On peut se demander si ce futur code sanitaire se trouvera bien d'accord avec les faits scientifiques, l'étiologie exacte des maladies transmissibles, s'il n'a pour base que la transmission morbide par l'infection des *eaux de source* destinées à l'alimentation. Cette réflexion est toute naturelle en présence des conclusions récentes que nous fait connaître M. Grimbert et qui témoignent que la bactériologie a encore de nombreuses recherches à faire. Des résultats communiqués par M. Grimbert à la Société de Biologie et qui prouvent que les associations bacillaires sont indispensables à connaître à fond, et qu'en ce qui concerne le bacille d'Eberth, celui-ci ne peut vivre en présence du coli-bacille, « il résulte, dit le *Journal de M. Cornil* (17 mai 1894), que l'on peut, dès maintenant, conclure à l'impossibilité de retrouver le bacille d'Eberth chaque fois qu'il se trouvera en présence du bacille d'Escherich, et c'est le cas le plus fréquent, celui qui se présente constamment dans la nature, dans l'intestin d'abord, si riche en B coli, dans les eaux ensuite souillées par les déjections ou les purins des fermes, partout le bacille d'Eberth rencontre son ennemi, partout il rencontre la cause qui empêche de l'isoler. »

Et alors, en présence de cette affirmation, on se prend à douter des assertions et des expertises passées, et ce doute est singulièrement inquiétant, puisque le *Journal de M. Cornil* ajoute : « Tout rapport dans lequel on signalera, dans la même eau, la présence du bacille d'Eberth à côté du bacille coli, devra être tenu comme suspect. »

Nous pensons donc qu'il faut assurément chercher à procurer à tous de l'eau saine, mais que ce résultat ne sera atteint que si l'hygiène publique progresse, *surtout* dans les campagnes ; il faut demander cela à notre code sanitaire d'abord, et ensuite à de bonnes institutions rayonnant sur tout le territoire et produisant partout leurs effets. C'est là ce que nous eussions voulu voir réclamer par l'Académie.

A L'ÉTRANGER

ANGLETERRE

Tuberculose infantile.

L'étude comparative de la tuberculose chez les adultes et chez les enfants est faite depuis longtemps et les cliniciens des crèches et hôpitaux d'enfants ont bien montré les allures spéciales de l'affection dans ces milieux particuliers.

Quelques points nouveaux, ou plutôt différemment compris, ont été soumis à la Société médicale de Londres, par M. **Walter Carr.**

Au début de son travail, l'auteur insiste avec raison sur la moins grande fréquence de la tuberculose pulmonaire isolée chez les enfants, sur la rapidité de la généralisation et le grand rôle des lymphatiques, vaisseaux et ganglions dans ce processus d'extension.

L'adulte a souvent une localisation pulmonaire isolée de la tuberculose, ou du moins, c'est un « poitrinaire » surtout et d'abord. Le germe est là et c'est de là qu'il gagne et fuse vers les divers organes.

Bien plus, c'est le sommet presque uniquement qui est atteint au début. Chez l'enfant, le poumon semble touché en même temps que le reste de l'organisme sans qu'on puisse savoir par où s'est faite la contamination.

N'y a-t-il pas plusieurs portes d'entrée ? Il est en effet possible de relever dans les foyers de divers viscères des noyaux d'âges différents, mais aussi des noyaux qui semblent de même âge ; dans ce cas a-t-on le droit d'affirmer que tel viscère a été le premier atteint ?

Les ganglions lymphatiques sont pris de très bonne heure chez les enfants, ils sont souvent pris seuls au début : soixante-dix cas sur 120 autopsies faites par M. Carr donnent raison à cette opinion.

Plus l'enfant est jeune, plus il y a de chances de voir l'infection ganglionnaire primer. Des ganglions bronchiques la tuberculose gagne facilement la plèvre et le poumon ; les ganglions mésentériques infestent et tuberculisent de même péritoine et intestins.

Tandis que, pour la majorité des affections microbiennes, l'adénopathie est secondaire et arrive comme témoignage de l'infection, ici, elle est première en cause et la tuberculose semble gagner les organes tributaires en remontant le courant. Si cette conception semble un peu difficile à admettre, il faut reconnaître que souvent on n'a pas besoin de cette hypothèse. Dans mainte autopsie, on trouve des ganglions bronchiques caséeux ouverts dans les bronches voisines. C'est l'infection par contiguïté qui s'effectue. L'autopsie d'enfants tuberculeux montre encore la fréquence des lésions pulmonaires au niveau du hile, et dans les détritus caséeux qu'on rencontre là, il est difficile de reconnaître ce qui appartient aux ganglions et ce qui revient au parenchyme. Mais, comme les lésions sont plus jeunes et moins massives à mesure que les points examinés s'éloignent du hile, on est autorisé à conclure que la porte d'entrée est bien dans le pédicule, c'est-à-dire dans les ganglions.

L'infection du poumon se fait souvent, comme nous l'avons vu, par effraction, par rupture du ganglion dans une bronche elle-même tuberculisée et ramollie. C'est la voie aérienne que suit ensuite l'agent microbien, mais seulement la voie intra-pulmo-

naire, tandis que chez l'adulte, il a franchi directement, le plus souvent, le canal laryngo-trachéal.

M. Walter Carr marque encore que les ganglions mésentériques sont plus épargnés que les ganglions bronchiques. Les modes d'infection sont incomparablement plus nombreux pour ces derniers et ils sont encore augmentés par la richesse des anastomoses établies entre le système ganglionnaire intrathoracique et les ganglions du cou. On n'a pas lieu de s'étonner de la terrible fréquence des affections tuberculeuses chez l'enfant, quand on pense au nombre considérable de strumeux qui présentent des adénopathies cervicales non traitées.

Entérectomie pour rupture de l'intestin.

L'observation présentée à la Société médicale de Londres par **M. Battle** présente quelques particularités intéressantes.

Un palefrenier ayant reçu un coup de pied de cheval dans l'abdomen fut amené à l'hôpital dans un état de shock très prononcé.

La paroi était intacte; la moindre pression arrachait des cris au patient.

Bientôt se produisirent des vomissements; en même temps, l'abdomen distendu de plus en plus devint mat à la percussion. Cette matité fit penser à une hémorrhagie d'origine péritonéale, accompagnant une rupture intestinale.

La laparotomie donna raison au chirurgien. L'intestin était rompu et comme sectionné; le mésentère déchiré, déchiqueté.

Trente centimètres d'intestin et le mésentère correspondant, représentant la zône contuse, furent réséqués, puis la suture des deux bouts de l'intestin fut effectué.

Pendant cinq jours, malgré quelques vomissements bilieux, l'état semblait bon.

La temp-rature restait un peu élevée.

Le soir du cinquième jour, une violente douleur fut ressentie par le malade, puis réapparurent les vomissements qui avaient cessé. L'état de shock se reproduisit. Les sutures de la paroi furent défaites et on trouva l'intestin perforé.

Un anus contre nature fut établi, l'état trop précaire de l'opéré ne permettant pas une intervention de longue durée.

L'intérêt de cette communication réside dans le diagnostic de rupture du mésentère fait après l'apparition et l'augmentation progressive de la matité.

La résection de toute la zône contuse et même simplement stupéfiée s'impose.

Sur 14 cas opérés ainsi par M. Croft, il n'a eu qu'un succès, qu'il croit dû justement à une large exérèse.

M. Allingham, qui s'était contenté dans un cas de désinsertion du mésentère de le suturer, a perdu son malade : le point de l'intestin, où s'était faite la désinsertion s'était secondairement gangrené et perforé.

Hémoglobinurie d'origine musculaire.

M. Lee Dickinson vient de communiquer à la Société clinique de Londres les observations de trois jeunes gens ayant présenté de l'hémoglobinurie à la suite d'exercices musculaires fatigants. Il semble d'après l'auteur que ces faits se produisent fréquemment chez les jeunes soldats après les premiers exercices ou les premières marches prolongées.

M. Lee Dickinson estime que la destruction des globules dans ces divers cas est déterminée par l'un des produits de la contraction musculaire, vraisemblablement l'acide carbonique.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les tractions rythmées de la langue, par M. Laborde.

M. Laborde vient de réunir en un volume les documents relatifs à la méthode des tractions rythmées de la langue, méthode qu'il a faite sienne et dont il a vulgarisé l'usage. Le titre même de l'ouvrage est déjà significatif, original, suggestif, pour parler le langage du jour: *Traitement physiologique de la mort.* Voilà une étiquette qui fera peut-être sourire les gens du monde, demi-savants ou ignorants, aux yeux desquels il semblera impliquer une sorte de paradoxe et de contradiction. Ceux-là diront, à première vue, que les deux termes de cette définition s'annihilent et s'excluent réciproquement: la mort, fait essentiellement négatif, ne pouvant se concilier avec l'idée d'une intervention médicale quelconque, c'est-à-dire avec une chose essentiellement positive, qui implique elle-même l'idée du retour à la vie, autrement dit d'une véritable résurrection. C'est que généralement le public se fait une conception inexacte de la mort, de ses phases, de son mécanisme. Il y voit une transition brusque, soudaine, entre l'existence et le néant, une sorte d'extinction instantanée de tout ce qui caractérise la vie : pensée, mouvement, conscience du moi, sensibilité, etc.

Le physiologiste, lui, sait que tout cela ne disparaît pas en même temps, qu'il y a une sorte de gradation et de succession chronologique dans la cessation des grandes fonctions et dans l'accomplissement des actes qui aboutissent finalement à la dissolution de l'être. Il estime, dès lors, que nous ne connaissons pas toujours le moment précis où la mort devient une réalité, un fait irrémédiable. Le problème de la mort apparente se rattache précisément à cette incertitude, dont, par un revirement logique, il a cherché à tirer parti en certains cas, pour essayer de prolonger les limites de la vie. Les faits abondent pour justifier cette prétention que l'expérimentation est venue corroborer à son tour, en montrant la possibilité de ranimer des animaux noyés ou asphyxiés depuis des minutes ou même des heures et considérés comme définitivement perdus. De là, les nombreux moyens imaginés à différentes époques, et qui tous s'inspirent de la possibilité de ramener la vie par le rappel des fonctions qui sont nécessaires à son entretien. La respiration artificielle, la flagellation, l'électrisation, représentent ceux de ces procédés qui nous sont devenus le plus familiers. M. Laborde leur en a récemment adjoint un autre qui a déjà fait ses preuves, celui des tractions rythmées de la langue, procédé dont la fortune paraît assurée, car il jouit déjà d'une vogue presque universelle, marque indubitable de son efficacité supérieure.

Le livre que notre confrère vient de publier est par lui-même un véritable plaidoyer en faveur de cette méthode: un plaidoyer étayé sur des faits, et confirmé ensuite par les données de la physiologie la plus exacte. Les applications en ont été déjà très nombreuses, et seront vraisemblablement multipliées encore à l'avenir, en raison de la simplicité même des manœuvres qu'elle exige. En tête figure la série des cas d'asphyxie par submersion qui représentent, par ordre de date, les premières tentatives d'utilisation des tractions rythmées : puis celle des cas d'asphyxie toxique, à laquelle se rattachent indirectement les accidents dûs aux anesthésiques, en particulier l'asphyxie chloroformique. L'intervention a été appliquée aussi à des cas de mort apparente survenue après la trachéotomie, celle-ci ayant été motivée elle-même par la diphtérie croupale ou simplement par des symptômes d'affections spasmodiques laryngo-bronchiques ; puis à la syncope ordinaire, de toutes causes, et à tous les degrés; à l'asphyxie des nouveau-nés, si fréquente après les accouchements laborieux ; à l'asphyxie par strangulation et à celle qui succède quelquefois aux attaques d'éclampsie. Il y a encore eu d'autres applications, plus rares ou exceptionnelles, comme dans le cas de foudroiement électrique, ou bien à la suite de l'introduction de corps étrangers dans les voies respiratoires.

On voit combien est variée la liste des cas et indications qui peuvent justifier l'emploi des tractions rythmées. Assurément, tous ne sont pas justiciables de la méthode au même degré.

En effet, si on consulte l'exposé statistique dans lequel M. Laborde a groupé et résumé les cas de rappel à la vie obtenus jusqu'au moment de la publication de son livre, on voit que l'asphyxie des nouveau-nés vient en tête avec le chiffre imposant de 32 succès. Les asphyxies par submersion ou toxiques, celles qui

suivent la diphtérie croupale et la trachéotomie ne se présentent qu'au second rang, mais avec des résultats encore très encourageants. Il y aura donc à l'avenir nécessité de catégoriser les faits si l'on veut arriver à une appréciation équitable et exacte, si l'on veut pouvoir formuler un jugement définitif sur la valeur de la méthode. Parmi ces faits, il en est de tout à fait remarquables et qui sont comme autant de preuves sans réplique. Entre autres, celui-ci: un homme encore jeune est frappé pendant son repas d'une sorte d'ictus soudain, à la suite duquel il tombe instantanément dans l'état de mort apparente. Parmi les convives se trouve un médecin qui songe immédiatement au procédé de M. Laborde, et qui parvient, après cinq ou six minutes d'efforts, à rétablir par ce moyen la respiration complètement arrêtée. Quelques heures après, le patient avait retrouvé sa santé et son activité accoutumées. Or, il s'agissait simplement, dans ce cas, d'un corps étranger, d'un bol alimentaire tombé dans les voies aériennes. Il est extrêmement probable, a dit ultérieurement ce médecin bien inspiré, que l'arrêt du cœur, phénomène réflexe parti du larynx, a été conjuré par un autre réflexe parti également du larynx, sous l'influence des tractions rythmées. Il y a d'autres faits non moins intéressants dont la lecture fait l'effet d'une sorte de plaidoyer, d'une leçon de choses qui ne manquera pas d'impressionner, sinon de convaincre entièrement tout observateur impartial. On est tenté, après en avoir pris connaissance, de partager l'enthousiasme de ceux qui ont été les témoins étonnés de ces résurrections inespérées, de ces retours inattendus à la vie.

Mais la question a été aussi, dans un autre ordre d'idées, l'objet d'une étude expérimentale sérieuse, ainsi qu'on devait l'attendre d'un physiologiste de métier. On lira cette partie du livre avec autant d'intérêt que celle qui a trait aux observations, mais sans être aussi impressionné que par celles-ci. C'est que les conditions inhérentes à l'expérimentation impriment aux résultats de celle-ci quelque chose d'artificiel et de factice, tandis que les faits cliniques doivent à leur spontanéité, à leur variété et, si l'on peut ainsi dire, à leur sincérité, le privilège de frapper plus fortement l'imagination, et par là-même d'entraîner plus facilement la conviction. Quoi qu'il en soit, on arrive assez vite à comprendre le mode d'action du procédé, le mécanisme excito-moteur qui préside au retour des fonctions cardiaques et respiratoires à la suite des tractions rythmées. L'explication se déduit aisément des notions que nous possédons concernant la sensibilité et l'influence des réflexes. C'est là une donnée de physiologie courante, à propos de laquelle on peut évoquer des faits bien connus, et sur laquelle il serait superflu d'insister.

Le livre de M. Laborde se présente donc à nous comme un recueil de faits particulièrement intéressants ; il est, pour ainsi dire, la sanction de la méthode que son auteur a, sinon créée, du moins contribué plus que tout autre à répandre et à vulgariser. Notre savant confrère aura ainsi, une fois de plus, bien mérité de la physiologie et de la thérapeutique, ces deux sciences que nous devons toujours considérer comme solidaires et inséparables.

P. MUSELIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juin. — Présidence de M. JULES ROCHARD.

Sur un cas de gangrène sèche spontanée des membres inférieurs.

M. PANAS relate un cas de gangrène spontanée chez un homme de 35 ans, bien portant anparavant, ne présentant aucun antécédent de syphilis on d'alcoolisme, né de parents nerveux, névropathe et goutteux lui-même.

Les premiers symptômes éprouvés par le malade se montrèrent sous forme de douleurs lancinantes dans les membres supérieurs, et, bientôt après, apparurent à la jambe gauche, en même temps que ces mêmes douleurs lancinantes, des veinosités cutanées et deux plaques de gangrène aux orteils gauches, qui, s'étendant aux autres orteils et au pied, nécessitèrent, les douleurs devenant intolérables, l'amputation du pied.

Cette opération n'empêcha pas les douleurs spontanées qui continuèrent intolérables et qu'aucun calmant ne sut apaiser. Un seul cependant, le salicylate de soude, à la dose de 3 grammes par jour, amena une sédation presque complète.

Pendant l'amputation, on nota l'absence d'hémorrhagie artérielle ; par contre, les veines saphènes donnèrent beaucoup.

A l'examen macroscopique, aucun caillot obturateur dans les artères et les veines. Elles sont simplement oblitérées et réduites de volume.

L'examen histologique ne montre rien de particulier sur la membrane moyenne et externe. L'interne s'est oblitérée par prolifération endothéliale, probablement d'origine nerveuse, car, depuis longtemps, le malade souffrait cruellement, lui-même était un nerveux et le nerf tibial antérieur était altéré.

Cette gangrène, d'origine nerveuse, a-t-elle eu primitivement son siège dans la maille ou à la périphérie ?

Ces questions demandent une étude approfondie.

M. VERNEUIL rappelle le cas d'un malade atteint de gangrène de la jambe, accompagnée d'intolérables douleurs, qui disparurent grâce à la section du nerf sciatique faite par M. QUÉNU. La gangrène s'étant alors limitée, on pratiqua l'amputation.

Par contre, un autre malade, porteur d'un ulcère envahissant, extrêmement douloureux, ne ressentit aucun des bons effets de l'amputation ou de la section de tous les nerfs de la région ; l'hyoscіamine seule calma les douleurs.

M. LABORDE préconise l'aconitine, comme un médicament souverain contre les névralgies rebelles. Dans celle du trijumeau il obtint des résultats que même les opérations les plus graves ne purent donner. On l'administre à la dose d'un quart de milligramme toutes les 4 ou 5 heures.

M. LAVERAN cite le cas d'un de ses malades qui avait eu auparavant les fièvres paludéennes dont il était d'ailleurs guéri et qui fut atteint d'une gangrène des membres inférieurs, de la même nature que celle du malade de M. Panas.

L'endartérite était évidente et la lésion nerveuse totalement absente.

M. VERNEUIL rappelle qu'avec L. H. Petit ils publièrent des cas de gangrènes consécutives au paludisme. Le sulfate de quinine ne donna pas de résultats.

M. FOURNIER. — Si l'endartérite est la règle, il est difficile d'en retrouver la cause. Quant au salicylate de soude, c'est un excellent calmant des douleurs. Dans le tabes, à la dose de 2 grammes, il a raison des douleurs fulgurantes.

M. HERVIEUX communique à l'Académie un rapport qui démontre les avantages considérables que les vaccinations, faites dans les écoles publiques et privées par MM. les instituteurs, peuvent donner.

M. PÉRIER. — Suivant la méthode de M. Répin, les fils de catgut, employés en chirurgie, pour être complètement aseptiques doivent être stérilisés par la vapeur d'alcool surchauffée à 120°. Puis, on conserve ces fils dans un bouillon de culture. Si le bouillon se trouble, les fils doivent être rejetés ou stérilisés à nouveau.

M. HANRIOT est élu, par 41 voix sur 74 votants, membre titulaire dans la section de physique et chimie médicales.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 juin. — Présidence de M. CHAUVEAU.

Influence tératogène de certaines actions physiques sur l'albumine d'œuf.

M. FÉRÉ. — Mes communications antérieures ont démontré

que l'injection d'alcool, d'éther ou d'essences dans l'albumine d'œufs de poule détruit l'embryon ou donne naissance à des monstres, et j'ai prouvé de plus l'influence tératogène de certaines actions physiques sur ces mêmes œufs. J'ai aussi établi que cette influence tératogène est en raison inverse de la durée de l'incubation, de sorte que, très marquée dans les premières heures, elle est à peu près nulle au bout de quarante-huit heures. Je me suis demandé si les substances toxiques, telles que l'alcool, voient également leurs propriétés tératogènes s'affaiblir avec la durée de l'incubation. Jusqu'à 48 heures, ces injections ont suivi la même loi; mais après 72, 96 heures d'incubation, les embryons mouraient. Je suis alors revenu aux agents physiques et les ai expérimentés aux mêmes périodes de 72, 96 heures. Là encore, les embryons meurent. Je conclus donc qu'il y a une période dans le développement de l'embryon où les mêmes agents qui plus tôt produisent des monstres, causent sa mort. Pourquoi cette différence? Le système circulatoire ne peut guère être mis en cause, puisqu'il est déjà bien développé avant le moment où se produit la mort chez l'embryon. Ce serait plus vraisemblablement le système nerveux qui, comme Cl. Bernard l'a déjà pensé, à une certaine période de son développement se laisse atteindre par les toxiques et les agents physiques. On peut même espérer, par des expériences complémentaires, préciser le moment exact où le degré de développement du système nerveux rend cette mort inévitable. En résumé : dans une première phase, les toxiques injectés dans l'œuf sont simplement tératogènes; dans une seconde plus tardive, ils reprennent leurs propriétés nocives et agissent sur les embryons de la même façon qu'ils le font sur des êtres complètement développés.

M. Mathias Duval. — Les expériences de M. Féré sont du plus haut intérêt. Elles montrent que dans une première période évolutive de l'embryon, alors que tout est concentré dans la fonction du développement, les agents perturbateurs bornent leur action à entraver ce développement et produisent des monstres; au lieu que dans la seconde phase, caractérisée par la spécialisation des fonctions, ces mêmes agents s'attaquent à ces fonctions déjà différenciées, et entraînent la mort par leur suppression ou par les troubles qu'elles apportent à leur libre jeu. Les travaux de M. Féré viennent apporter, à ce qui était jusqu'ici une simple probabilité, l'appui de la démonstration expérimentale.

De la thyroïdectomie.

MM. Cadéac et Guinard (de Lyon) ont pratiqué la thyroïdectomie chez le lapin où elle a été suivie des accidents indiqués par M. Gley. Au contraire, chez le mouton et le cheval, aucun accident ne s'est produit, l'observation ayant dans certains cas été continuée pendant cinq mois.

M. Chauveau a également thyroïdectomisé le cheval et n'a pas observé d'accident.

M. Gley. — Il serait intéressant de rechercher sur le cheval s'il existe des organes compensateurs capables de suppléer le corps thyroïde; si les produits sur lesquels porte l'action du corps thyroïde sont moins abondants ou moins actifs chez cet animal? — Peut-être faudrait-il encore prolonger l'observation?

Quant au mouton, Von Eiselberg a constaté dans certains cas des accidents après la thyroïdectomie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juin. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Trépanation secondaire pour remédier à des accidents datant de deux mois; guérison.

M. Segond. — Je viens ici, comme rapporteur, vous analyser une observation de M. Verchère, dont les résultats ne feront que confirmer les propositions émises ici-même par M. Gérard-Marchand.

Le malade est un jeune garçon de 7 ans qui, le 23 août 1892, reçut un coup de pied de cheval dans la région du pariétal droit. Le résultat fut une fracture compliquée avec pénétration des fragments. Le coma survint immédiatement et s'accompagna bientôt de vomissements, d'une paralysie des deux membres du côté gauche, de mouvements rhythmiques dans les membres du côté opposé et de ptosis. Le quatrième jour après l'accident, l'enfant reprit connaissance et la paralysie persista. On put bientôt constater l'existence de phénomènes nouveaux, surtout de crises convulsives, ayant une durée d'une heure environ, accompagnées de cris. Puis les crises et les douleurs devinrent plus rares et, sans s'améliorer beaucoup, l'enfant resta deux mois dans cet état. C'est à cette époque qu'il fut amené à M. Verchère, qui put constater la persistance de la paralysie et du ptosis, l'existence de contracture de la main gauche, l'apparition de la trépidation jacksonienne.

En examinant la région du traumatisme, M. Verchère, à trois travers de doigt au-dessus de l'apophyse zygmatique, constate que la partie antérieurement fracturée était consolidée et saillante en avant, tandis qu'en arrière existait une dépression qui fit soupçonner la non-consolidation. En présence des accidents, l'hésitation n'était pas possible et M. Verchère intervint immédiatement, les téguments furent incisés, la cicatrice agrandie en arrière et là il trouva un fragment ayant environ 3 centimètres de longueur sur 1 de largeur, qui avait accompli un mouvement de bascule pour s'enfoncer par une pointe, au delà de la dure-mère, en pleine matière cérébrale. Ce séquestre fut enlevé. Un incident est à noter : au cours de l'opération, la branche antérieure de l'artère méningée majeure fut blessée. Il se produisit une hémorrhagie abondante, inquiétante et, dans l'impossibilité où il était de pincer le vaisseau, M. Verchère pratiqua le tamponnement avec la gaze iodoformée. Le tamponnement fut maintenu 12 jours. Lorsque l'on voulut enlever la gaze, on put constater qu'elle avait contracté des adhérences avec le cerveau, ce qui nécessita la résection de matière cérébrale sans aucun accident d'ailleurs. La cicatrisation était définitive au bout de 15 jours. Quant aux accidents convulsifs épileptiformes et paralytiques, ils disparaissaient le deuxième ou troisième jour après l'opération. Le malade fut revu par nous 15 mois après l'action chirurgicale en parfait état de santé.

L'intérêt de l'observation de M. Verchère réside surtout dans l'indication opératoire. Dans un cas comme celui-ci l'hésitation n'est pas permise. L'enfoncement de l'esquille, sa pénétration faisaient un devoir au chirurgien d'intervenir. La plupart des observations analogues ont trait à des fractures avec pénétration. Ici, ce n'est que 2 mois après le traumatisme que le chirurgien fut consulté et put agir. Le brillant résultat qu'il a obtenu ne signifie pas qu'on doive dans des cas pareils attendre.

La conclusion est que, lorsqu'on n'a pu opérer immédiatement, l'indication persiste encore longtemps après le traumatisme, si les accidents ont continué depuis cette époque.

M. Routier. — Sauf la date de l'intervention, j'ai une observation que j'ai relatée ici en 1887, qui est analogue de tous points à celle de M. Verchère. Un individu, adulte celui-là, était tombé dans une cave. Il avait pu se relever. Ce n'est que trois heures après l'accident que se déclara le coma. Il présentait une fracture comminutive de la région temporale gauche. L'un des fragments était descendu en se portant en dedans de façon qu'il avait enfoncé une de ses pointes dans le cerveau. Une des branches de l'artère méningée moyenne avait été blessée, mais ici au cours du traumatisme.

Je fis le tamponnement à la gaze iodoformée; tant qu'il fut maintenu, le malade présenta de l'aphasie; ce phénomène disparut le troisième jour lorsque j'enlevai la gaze.

M. Marc Sée. — D'après l'observation de M. Verchère, la compression due au fragment s'exerçait bien en arrière de la zone rolandique. Aussi, serais-je fortement tenté d'admettre que la paralysie du côté gauche était liée non à une compression par esquille, mais bien par un caillot.

M. Lucas-Championnière. — Nous sommes tous d'accord pour reconnaître que l'opération a été faite deux mois trop tard. Ce n'est pas sur ce point que je veux m'arrêter, mais je veux vous dire un mot sur le traitement des hémorrhagies au cours de l'opération. Il n'est pas rare d'observer, soit au cours de l'opération, soit dans les heures qui suivent, des hémorrhagies veineuses qui, par leur abondance, ne le cèdent en rien comme gravité aux hémorrhagies artérielles. J'ai adopté depuis longtemps déjà le procédé décrit par Lister. Il consiste à faire le tamponnement avec du catgut dont on tasse plusieurs mètres dans la région du vaisseau lésé. Le grand avantage est que le catgut est abandonné définitivement, ne produit pas d'accident, et que l'on peut, si l'hémostase est insuffisante, compléter le tamponnement avec la gaze iodoformée qui, dans ces cas, n'adhère plus au cerveau. On ne se trouve pas obligé, comme dans le cas de M. Verchère, de réséquer une certaine étendue de matière nerveuse.

Quant au pronostic il semble bon, puisque l'enfant, 15 mois après l'intervention, est en parfait état. Mais il est juste de dire que les enfants ont une tolérance remarquable bien supérieure à celle de l'adulte; que chez eux les scléroses secondaires sont chose rare.

Les statistiques de la guerre de Sécession qui portent sur 13,000 cas de blessures du crâne sont très intéressantes à consulter. La plupart des opérés qui ont été revus présentaient des scléroses multiples, les rendant impropres à tout travail; ceux-là avaient été opérés tardivement. Quant à ceux chez lesquels on était intervenu immédiatement, ils n'ont pas présenté d'accidents tardifs et, n'ayant nullement besoin de pensions, ne se sont pas présentés pour être réexaminés.

Chez les enfants, il n'en est pas de même. Ils supportent mieux d'être opérés tardivement que les adultes. Mais je me plais à reconnaître, avec tous mes collègues, qu'il vaut infiniment mieux les opérer immédiatement.

M. Schwartz. — En 1881, remplaçant M. Lucas-Championnière, j'employai pour la première fois le tamponnement au catgut, pour une hémorrhagie du sinus longitudinal supérieur. Le résultat fut parfait, et j'ai eu depuis maintes fois recours à cette méthode.

Anus contre nature.

M. Chaput commence la lecture d'un long mémoire sur l'anus contre nature, ses différents types et sur les opérations variables faites dans un but curatif.

M. Peyrot, au nom de M. Périer, lit une note sur l'antisepsie du catgut et des instruments de caoutchouc, par la méthode de M. Répin (Voir Académie de Médecine).

M. Monod présente un dilatateur pour trachée, construit sur le principe du blépharostat, par M. Bois.

M. Routier présente l'extrémité de l'iléon et le cœcum d'un individu, chez lequel on avait cru à une typhlite tuberculeuse. Le calibre du cœcum est à peine suffisant pour laisser passer une sonde uréthrale. La nature de la tumeur est encore inconnue; l'examen histologique n'en a pas été fait.

M. Pozzi présente une malade chez laquelle il a enlevé, par la méthode de Kraské, la partie supérieure du rectum. L'opération fut faite il y a deux mois et demi, les résultats sont excellents ; il ne reste plus qu'une petite fistulette. Le poids de la malade a augmenté d'une façon prodigieuse.

R. Marmasse.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 11 AU 16 JUIN 1894

A. — Examens

Lundi 11 juin. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Straus, Marie, Gaucher. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Landouzy, Chauffard, Déjerine. — 2e Chirurgien-dentiste : MM. Hayem, Sebileau, André. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Nicaise, Lejars. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Terrier, Reclus, Richard. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Lancereaux, Brissaud.

Mardi 12 juin. — *Dissection* : MM. Mathias-Duval, Quenu, Poirier. — 4e : MM. Proust, Dieulafoy, Gilbert. — 2e Chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Brouardel, Letulle, Sebileau. — 2e Chirurgien-dentiste (2e série) : MM. Le Dentu, Ménétrier, Gley. — 2e Chirurgien-dentiste (3e série) : MM. Pouchet, Rémy, Roger. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Guyon, Humbert, Albarran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série : MM. Duplay, Pozzi, Nélaton. — 5e (2e partie), Charité : MM. Cornil, Ballet, Charrin. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Mercredi 13 juin. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Hayem, Straus, Brissaud. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Fournier, Joffroy, Poirier. — 2e Chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Landouzy, Sebileau, Marie. — 2e Chirurgien-dentiste (2e série) : MM. Pouchet, Ricard, Gaucher. — 2e Chirurgien-dentiste (3e série) : MM. Lancereaux, Reclus, Chauffard. — 2e Chirurgien-dentiste (4e série) : MM. Grancher, Nicaise, Déjerine.

Jeudi 14 juin. — *Médecine opératoire* : MM. Guyon, Poirier, Albarran. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Rémy, Gley. — 3e (2e partie) : MM. Cornil, Roger, Charrin. — 4e : MM. Proust, Pouchet, Letulle.

Vendredi 15 juin. — *Dissection* : MM. Farabeuf, Retterer, Poirier. — 4e : MM. Landouzy, Chauffard, Netter. — 2e Chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Tillaux, Pouchet, Gaucher. — 2e Chirurgien-dentiste (2e série) : MM. Hayem, Déjerine, Sebileau. — 2e Chirurgien-dentiste (3e série) : MM. Lancereaux, Nicaise, Brissaud. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Terrier, Jalaguier, Tuffier. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Straus, Marie. — 5e (1re partie), Obstétrique (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Rimont-Dessaignes, Varnier.

Samedi 16 juin. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Richelot, Poirier. — 3e (2e partie) : MM. Joffroy, Chantemesse, Letulle. — 2e Chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Duplay, Gilbert, Charrin. — 2e Chirurgien-dentiste (2e série) : MM. Dieulafoy, Sebileau, Roger. — 2e Chirurgien-dentiste (3e série) : MM. Pouchet, Rémy, Ménétrier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Panas, Quenu, Schwartz. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Laboulbène, Ballet, Marfan. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchement, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

B. — Thèses

Mercredi 13 juin, à 1 heure. — *M. Bellier* : Contribution à l'étude des souffles cardiaques dans l'ictère. — *M. Maheu* : Contribution à l'étude de la résection costale dans le traitement des abcès froids thoraciques. — *M. Zuccarelli* : L'estomac de l'enfant. Considérations anatomiques. Dilatation stomacale. — *M. Roche* : Contribution à l'étude de l'emphysème sous cutané chez les femmes en couche.

Jeudi 14 juin, à 1 heure. — *M. Barrie* : Contribution à l'étude de la méningo-myélite blennorrhagique. — *M. Kohas* : De la dyspepsie tabagique. — *M. Verlhac* : Traitement de la sciatique par le massage. — *M. Hannion* : De la confusion mentale. — *M. Petit* : De l'infection par le streptocoque au cours et au déclin de la grippe. — *M. Grelet* : Contribution à l'étude de l'anesthésie par le bromure d'éthyle, ses applications en oto-laryngologie. — *M. Dermigny* : Des hystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme. — *M. Thébaud* : Etude sur la glossite parenchymateuse aiguë. — *M. Henriquez* : Contribution à l'étude de la syphilis médullaire. — *M. Alti* : Hernies iléo-cœcales. — *M. Delasalle* : Contribution à l'étude des fistules trachéales. De leur traitement.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Concours

Bureau central de chirurgie. — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Albarran et Beurnier.

Bureau central des accouchements. — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Lepage et Varnier.

Le concours de l'adjuvat a terminé ses séances, le mardi 29 mai, par la nomination de MM. Robineau, Marion, Baudet, Baraduc et Savariaud; MM. Courtillier et Bois ont été nommés provisoirement.

Concours du prosectorat. — La première séance a eu lieu, le 28 mai, à midi.

Sujet de la composition écrite : *Iris, anatomie, physiologie, iritis.* Epreuve orale : *Anatomie descriptive de la rate.*

Académie des sciences.

M. d'Arsonval a été élu en remplacement de M. Brown-Séquard, dans la section de médecine et de chirurgie.

Faculté de Médecine de Nancy.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Un concours pour une place de chef de clinique obstétricale s'ouvrira le lundi 9 juillet 1894, à huit heures du matin.

La durée des fonctions est de trois années et le traitement annuel de 1,200 fr. Sont admis à concourir les docteurs en médecine français non pourvus du titre d'agrégé, et les étudiants en médecine ayant soutenu leurs cinq examens de doctorat, à la condition qu'ils soient docteurs dans les six mois. La place de chef de clinique est incompatible avec celles de chef des travaux, de préparateur et d'aide dans les différents laboratoires.

Les épreuves sont au nombre de trois et consistent :

1° En une composition écrite sur un sujet d'obstétricie avec les considérations d'anatomie et de physiologie qui s'y rapportent ; cinq heures sont accordées pour la rédaction ;

2° En une leçon clinique d'une durée d'une demi-heure au plus sur deux malades du service obstétrical, après un examen de quinze minutes pour chacun des malades ;

3° En une épreuve pratique de médecine opératoire obstétricale ou gynécologique.

Les candidats devront se faire inscrire avant le jeudi 5 juillet, quatre heures. Ils auront à produire leur acte de naissance dûment légalisé, le diplôme de docteur en médecine ou un certificat constatant qu'ils ont subi les cinq examens de doctorat.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté de Médecine.

Nécrologie.

Nous avons la douleur d'annoncer la mort du Dr Reliquet. Notre excellent confrère, qui paraissait si robuste, a succombé rapidement aux atteintes d'une affection cardiaque.

Reliquet, ancien interne des hôpitaux, s'était voué, sur les conseils de son ancien maître, M. Maisonneuve, à l'étude et à la pratique des maladies des voies urinaires, et s'était acquis, dans cette branche de la médecine, une grande et juste notoriété. C'était un homme laborieux, très indépendant de caractère, fortement imbu et très respectueux de la dignité professionnelle. Les amitiés qu'il inspirait n'étaient pas banales. Sa mort laissera de nombreux et sincères regrets.

Un bon conseil de thérapeutique hydriatique.

Par le Dr PH. BERNARD.

Dans la plupart des maladies chroniques, l'indication capitale est toujours de relever l'état général. C'est ce qui nous explique le succès des eaux chlorurées-sodiques fortes, dont l'action halnéothérapique est, à la fois, *résolutive* des lésions sub-inflammatoires, *sédative* de l'excitabilité nerveuse et *régénératrice* de l'oxyhémoglobin du sang.

La station thermale chloro-bromurée qui a remporté, dans ces derniers temps, auprès des praticiens et des malades, les plus vifs succès, par sa situation climatérique hors ligne et son organisation extra-confortable, c'est, sans contredit, la Mouillère-Besançon, devenue, en peu de temps, la station des chloro-anémiques, des convalescents, des lymphatiques ; le séjour préféré pour les métropathies, les neurasthénies, les « inanitiations » et toutes les maladies à tendances cachectisantes (scrofulose, diabète, albuminuries, rhumatisme chronique). Seules, les affections dont la forme est congestive et la suracuité habituelle se trouvent exclues de leur domaine curatif, qui est des plus étendus.

Par la stimulation trophique qu'elle sollicite sur la vitalité nerveuse et sur l'hémopoïèse, la station de Besançon-la-Mouillère, grâce à la richesse incroyable de ses eaux mères (322 gr. 966 par litre, dont 234 gr. de chlorure de sodium, 51 de chlorure de magnésium, 2,250 de bromures, etc.), augmente considérablement les oxydations organiques et particulièrement les échanges azotés. De là, spécifique activité contre la plupart des affections chroniques de l'enfance et du sexe féminin, toutes les fois qu'il s'agit de réprimer le mouvement désassimilateur et d'exercer une action d'épargne sur les tissus riches en azote et en phosphore (maladies ostéo-articulaires, obésité, anémies, métrites, etc.).

Les engorgements ganglionnaires et les hyperplasies conjonctives, les dermatoses strumeuses et arthritiques, les atonies gastro-intestinales liées à la laxité anormale des tuniques digestives et à la pléthore veineuse abdominale, constituent les maladies par excellence tributaires de la cure bisontine. Les candidats à la phtisie et les tuberculeux du premier degré y trouvent tous les éléments de reconstitution, de décongestion et d'annihilation bacillaire. Les rhumatisants et névralgiques relèvent également de cette puissante médication *chloro-bromurée* (ce qui veut dire *tonisédative*). La fonction menstruelle, cette houssole de la santé féminine, y puisera la raison d'être d'une parfaite régularisation : bien des femmes ont pu éviter, par une cure à la Mouillère, les mutilations de la chirurgie, ou y parfaire l'insuffisance d'une intervention opératoire. La merveilleuse installation balnéaire de la station ne contribue pas peu à ses remarquables succès : c'est pleine justice de le déclarer.

Dans son récent livre sur « le Traitement du diabète », le Dr Monin a insisté, avec raison, sur les services que peuvent rendre aux anciens diabétiques, débilités par une déperdition ancienne de sucre, les bains chlorurés et bromurés de la Mouillère-Besançon : la plupart des spécialistes dans la question les conseillent, d'ailleurs, pour restaurer l'économie après la cure vichyssoise. Rien n'est plus rationnel et, disons-le, plus facile, l'établissement de la Mouillère fonctionnant toute l'année... Nous sommes également convaincus par expérience des avantages que les infortunés brightiques y peuvent trouver pour leur santé, délabrée par un mal habituellement rangé parmi les *opprobria artis*. La cure chlorurée *intensive* réduira le volume des reins mégalisés, enrichira le sang et la cellule nerveuse et donnera au fonctionnement cutané une impulsion hors de pair. C'est ainsi, seulement ainsi, qu'on peut prévenir les œdèmes et les intoxications urémiques et autres ; c'est ainsi qu'on assure la parfaite dépuration de l'organisme, en restaurant le taux des forces et l'équilibre fonctionnel. Non seulement les complications de Damoclès, suspendues sur l'albuminurique, seront alors écartées ; mais encore la guérison du brightisme est rendue possible, lorsque les lésions organiques ne seront pas trop étendues, lorsque le filtre rénal n'aura point subi de trop irréparables dommages.

Chemin de fer d'Orléans.

BILLETS D'ALLER ET RETOUR A PRIX RÉDUITS POUR ROYAT ET LAQUEUILLE

Pendant la saison thermale, du 1er juin au 30 septembre, la Compagnie d'Orléans délivre, à toutes les gares de son réseau : 1° pour la station de Laqueuille desservant les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule ; 2° pour la station de Royat, des billets aller et retour réduits de 25 0/0 en 1re classe et de 20 0/0 en 2e et 3e classes sur le double des prix des billets simples.

Tout billet délivré à une gare située à 300 kilomètres au moins desdites stations donne droit au porteur à un arrêt en cours de route, à l'aller et au retour.

La durée de validité de ces billets est de 10 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée. Cette durée peut être prolongée de 5 jours, moyennant paiement d'un supplément de 10 0/0 du prix du billet. La demande de prolongation peut être faite soit à la gare de départ, soit à la gare d'arrêt, lorsqu'il y lieu, soit à la gare destinataire, mais avant l'expiration de la durée de validité des billets.

Les voyageurs munis de ces billets peuvent faire usage des places de luxe, à la condition de payer intégralement le supplément afférent auxdites places.

Avis. — Les voyageurs obtiennent, sur leur demande, soit à la gare de départ, soit au bureau du correspondant de la Compagnie à Laqueuille, des billets d'aller et retour réduits de 25 0/0 pour Le Mont-Dore et La Bourboule.

Du Mont-Dore et de La Bourboule à Royat et Clermont-Ferrand et vice versâ, de Bort à Laqueuille (Le Mont-Dore et La Bourboule), Royat et Clermont-Ferrand et vice versâ, billets d'aller et retour à prix réduits valables pendant 3 jours.

Le Directeur-Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Imprimerie SCHILLER, 10, rue du Faubourg-Montmartre.

63e Année. 9e Série. Tome I — N° 24 — 16 Juin 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Les pleurésies des campagnards (1).

Par le Dr CH. FIESSINGER (d'Oyonnax).

La sensibilité obtuse des campagnards les amène dans le cabinet du médecin porteurs d'épanchements pleurétiques considérables qu'ils ballottent sur des kilomètres de route. C'est avec hésitation qu'ils se résignent à rentrer se coucher, inquiets sur le dommage que cette maladie fera subir à leur train de culture. D'ordinaire, il est vrai, la guérison ne tarde pas au delà de quelques semaines. Seulement la tuberculose est là qui guette et lorsqu'elle se jette sur sa victime, adieu charrue et semailles !

Dans notre pratique, vieille de quinze ans, nous avons traité 71 pleurésies ainsi réparties : pleurésies séro-fibrineuses, 53 ; pleurésies diaphragmatiques primitives et bénignes, 9 ; pleurésies purulentes, 5 ; pleurésies interlobaires, 3 ; pleurésies hémorrhagiques, 1.

I

Depuis que M. Landouzy (2) nous a appris que la pleurésie dite *a frigore* était une manifestation fréquente de la tuberculose, cette notion est devenue classique et nos observations n'ont pas cessé d'en confirmer l'exactitude.

Parfois les pleurétiques ont une hérédité tuberculeuse ou habitent des locaux antérieurement contaminés par des tuberculeux ; plus souvent la tuberculose n'est aperçue que comme une conséquence de l'inflammation pleurale : indemnes de toute hérédité morbide, demeurant dans les logements sains, les pleurétiques deviennent tuberculeux au cours des mois ou des années qui suivent leur guérison.

Ce n'est que depuis 1886 que nous avons recherché les antécédents tuberculeux de nos pleurétiques.

Il ne nous reste de ce fait que trente-trois observations (1), toutes celles qui sont postérieures à 1886, pour nous renseigner sur cette étiologie spéciale de la pleurésie.

Ces trente-trois observations nous montrent, pour deux d'entre elles, l'évolution de la pleurésie dans des chambres où venaient de succomber des tuberculeux. La femme Lac..., âgée de 28 ans, prend une pleurésie en 1888 ; l'année précédente, une phtisique était morte dans le même logement.

Un cultivateur du département du Nord se marie dans un petit village des environs d'Oyonnax : fatale détermination ! Il tombe dans une famille où deux de ses belles-sœurs sont tuberculeuses, où le beau-père est tuberculeux. La première belle-sœur a déjà succombé à une péritonite tuberculeuse, la seconde belle-sœur et le beau-père sont atteints de phtisie pulmonaire. En pareil milieu, le gendre, si robuste soit-il et c'est un gaillard à épaules larges, ne peut manquer de partager la maladie familiale. Il se dépêche de devenir père d'un enfant, dont le cou, quelques mois après la naissance, se couvre de ganglions suppurés ; et, cette besogne accomplie, il s'empresse d'accepter la bacillose pour son propre compte. Cela commence par une pleurésie gauche, à épanchement énorme, qui nécessite quatre thoracentèses. Le liquide, légèrement teinté en rose, se transforme peu à peu en pus, malgré les précautions antiseptiques ; des craquements apparaissent au sommet gauche et le malade va mourir à l'hôpital de Bourg où on lui avait pratiqué l'empyème.

Au lieu d'habiter la même chambre, une tuberculose peut résider dans la même maison, précédant d'un temps plus ou moins long la pleurésie du voisin. Telle une autre de nos observations où un menuisier, âgé de 35 ans, en-

(1) La pleurésie diaphragmatique aiguë, primitive et bénigne. (*Revue médicale de l'Est*, 1er juillet, 15 juillet et 1er août 1885.) — Sur la pleurésie interlobaire. — Mémoire récompensé par la Société de médecine de Toulouse, 1889.

(2) Landouzy. — De la pleurésie dite *a frigore* manifestation de tuberculose, *Revue de Médecine*, 1886, p. 611.

(1) Ces observations sont relatées dans un mémoire sur ce sujet à l'Académie.

clin aux excès de boisson, devient pleurétique à côté d'une fillette de 15 ans qui souffrait d'une péritonite tuberculeuse.

Lorsque dans l'étiologie de la pleurésie, l'hérédité tuberculeuse est en jeu, la tare héréditaire adjoint son action nocive à celle qui résulte du logis infecté.

Le jeune Der..., âgé de 14 ans, s'alite pour une pleurésie en octobre 1892; sa sœur est morte de péritonite tuberculeuse en 1888. Chez deux de nos malades, c'est la mère qui vient de succomber à la tuberculose pulmonaire; un jeune pleurétique de 25 ans a vu son père mourir phtisique trois ans auparavant.

Nos 33 pleurétiques nous fournissent donc la possibilité d'une transmission tuberculeuse pour 7 malades; trois fois le logis était contaminé: proportion 8 0/0; dans quatre cas on pouvait invoquer des antécédents héréditaires: proportion 12 0/0. Ce chiffre monte à 24 0/0 dans la statistique de Sittmann (1) qui repose sur 58 pleurésies séro-fibrineuses.

Ajoutons que deux malades présentaient des antécédents cancéreux; la mère et le père de deux jeunes gens étaient morts, peu de temps avant la maladie de leur fils, d'un cancer de l'estomac.

Nous ne nous appesantirons pas sur les symptômes de la pleurésie et ne dirons qu'un mot de la thoracentèse. Elle a été pratiquée sur 6 malades dont le cœur était dévié; de une à quatre ponctions ont été nécessaires. Nous avons déjà parlé d'un jeune homme dont l'épanchement teinté en rose était devenu purulent par la suite en dépit des précautions antiseptiques prises. Il serait injuste d'attribuer à la thoracentèse cette purulence ultérieure du liquide pleural. On sait que le liquide pleural ne prend une coloration rosée que lorsqu'il contient 5 à 6,000 globules rouges par millimètre cube et M. Dieulafoy a insisté sur la transformation purulente des épanchements de cette nature. La nature tuberculeuse de cette pleurésie fut démontrée non seulement par le milieu infecté où vivait le malade, mais aussi par l'apparition de craquements humides au sommet du poumon que comprimait l'épanchement pleural. Le malade mourut. Cette issue fatale fut encore celle de deux jeunes gens à chacun desquels nous avions pratiqué trois thoracentèses : l'un succomba presque immédiatement (2 mois) à une phtisie aiguë; l'autre, au bout de 3 ans, à des gommes tuberculeuses et à une arthrite suppurée du genou droit.

Et ce n'est pas le traitement par la thoracentèse qui est responsable de la tuberculose ultérieure. Des 27 pleurésies qui n'ont pas été ponctionnées, 13 ont fini par la tuberculose; soit, en y ajoutant les 3 malades ponctionnés, un total de 16 tuberculoses consécutives à 33 pleurésies. Cela nous donne une proportion de 48 0/0 de tuberculoses, qui monte à 60 0/0, si nous comptons les cas suspects qui sont au nombre de 4 (2). Ce chiffre est au-dessous de la vérité, un certain nombre de pleurésies étant trop récentes pour qu'on soit en droit d'être définitivement rassuré sur leur avenir. En effet, plus la pleurésie est ancienne, plus la tuberculose qui lui succède est notée fréquemment. Cette assertion est corroborée par notre statistique qui part de l'année 1886.

En 1886....	5 pleurésies	ont été	suivies de	5 tuberculoses.	
1887....	4	—	—	2	—
1888....	3	—	—	2	—
1889....	4	—	—	1	—
1890....	1	—	—	1	—
1891....	5	—	—	3	tuberculoses suspectes.
1892....	4	—	—	2	tuberculoses (1 cas suspect).
1893....	6	—	—	2	tuberculoses.
1894....	1	—			

En nous indiquant la constance de la tuberculose après les pleurésies remontant à 1886, ces chiffres démontrent que plusieurs années sont nécessaires avant qu'on puisse statuer sur les suites bacillaires des épanchements pleuraux. Les pleurétiques de tout âge sont de la graine de tuberculose.

C'est rarement que cette dernière se montre immédiatement après la pleurésie; le plus souvent un certain intervalle existe entre les deux affections qui laisse au malade le bénéfice passager d'une santé satisfaisante. Cette apparence trompeuse dure de 2 mois à 8 ans. L'invasion d'une grippe, la venue d'une grossesse décident de l'entrée en scène de la tuberculose; d'ordinaire, c'est la phtisie pulmonaire qui apparaît, elle siège du côté de la plèvre primitivement enflammée, rarement du côté opposé : elle peut être annoncée par de gros ganglions se montrant sous le menton, dans le creux sous-claviculaire, dans l'aisselle; elle se manifeste encore sous forme de gommes tuberculeuses dermiques et d'arthrites suppurées.

La tuberculose n'est pas la seule maladie qui soit à redouter après la pleurésie : un de nos pleurétiques, âgé de 65 ans, est mort sept ans plus tard d'un cancer de l'ombilic propagé au foie; un autre, âgé de 56 ans, a été emporté par des accidents d'asystolie dus à une déviation du cœur. Jugeant les visites du médecin inutiles, le malade ne nous avait pas rappelé et nous n'avions pu le ponctionner.

II

La pleurésie diaphragmatique aiguë primitive et bénigne, à laquelle nous avons consacré un long mémoire en 1885 (1), est unilatérale ou envahit le côté opposé au bout de quelques jours (Bucquoy). Nous avons recueilli 9 observations de la première forme, celle qui se localise dans le côté primitivement atteint.

Le malade est assis dans son lit, la face anxieuse, les yeux injectés. Il ne parle que par mots faibles, entrecoupés. L'oppression est extrême, la respiration costo-supérieure. Une douleur vive est ressentie de tout un côté du thorax. Le pouls est fréquent, atteint 120 pulsations, la température monte à 39° et demi. Dans quelques cas, on constate une immobilisation des parois abdominales et une rétraction des hypochondres.

Si l'on est appelé le premier jour, souvent l'examen physique reste négatif. Un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire dans les bases du poumon, c'est tout ce que l'on perçoit.

Le médecin qui tient un compte insuffisant de l'élément fébrile, ou qui néglige de rechercher les points douloureux

(1) Cité par Netter, *in Traité de Médecine*, T. IV, p. 978.

(2) Les statistiques, que M. Netter nous communique dans le *Traité de Médecine*, signalent une moyenne de chiffres variant de 40 à 50 0/0 (Bowditch) jusqu'à 100 0/0 (Ricochon).

(1) *Revue médicale de l'Est*, 1er juillet, 15 juillet, 5 août 1885.

spéciaux à la pleurésie diaphragmatique, risque de faire un diagnostic erroné. Il assistera à la marche d'une entité morbide qu'il aura méconnue dès le début et qu'il décorera du nom vague de pleurodynie.

Chez trois malades, l'auscultation, pratiquée dès le premier jour, ne nous a révélé d'autre signe qu'un affaiblissement du bruit vésiculaire. Dans trois autres observations, nous avons noté, dès le premier jour, l'existence de râles sous-crépitants qui avaient envahi le poumon du côté douloureux. Cette dernière constatation devient fréquemment la source d'une nouvelle erreur. On prend l'effet pour la cause et l'on songe, soit à la bronchite, soit à une pneumonie. La maladie première, la pleurésie diaphragmatique, qui aura provoqué ces poussées congestives vers le poumon, passera inaperçue. La douleur sera attribuée à une pleurodynie concomitante ou bien à un point de côté de pneumonie.

Au bout de quelques jours, le malade souffrira moins; mais, avec une respiration plus facile, coïncideront de nouveaux signes physiques. Une diminution des vibrations vocales, de la submatité, une respiration soufflée, de l'égophonie, tels sont les signes qui se révèleront à l'examen. Ils indiquent la participation de la plèvre costo-pulmonaire au processus morbide. Dans nos observations, cette pleurésie commune n'a manqué qu'une fois. Elle s'est manifestée trois fois le troisième jour, trois fois le quatrième, une fois le cinquième, une fois le sixième. Dans tous les cas, elle est précédée par des frottement pleuraux ou par des râles sous-crépitants dans les bases du poumon. Une expectoration muqueuse, incolore, parfois une exagération des vibrations vocales, au niveau des signes accusés par l'auscultation, complètent le tableau morbide.

Voici donc une maladie taxée le premier jour de pleurodynie qui se change en bronchite le second, pour devenir pleurésie le troisième.

Tout cela, parce que les points de la pleurésie diaphragmatique auront échappé de prime abord à l'attention du clinicien.

Ces points varient peu. La localisation de deux d'entre eux mérite notre attention. Ils résident: l'un, entre les deux faisceaux du sterno-mastoïdien; l'autre, au niveau de l'intersection de deux lignes qui prolongent l'une le bord externe du sternum, l'autre la partie osseuse de la dixième côte. Ces points spécialement étudiés par Gueneau de Mussy sont très douloureux à la pression, surtout pendant la première huitaine.

Ils s'accompagnent de douleurs à la pression au niveau des derniers vertèbres dorsales, du bord externe du trapèze, le long du rebord des fausses côtes, au niveau de l'appendice xiphoïde, de l'angle antérieur des huitième, neuvième et dixième côtes, du bord droit du sternum.

Nous n'avons jamais retrouvé, du côté malade, l'abaissement de la dernière côte qu'entraîne en bas le diaphragme, refoulé par le liquide et que Fernet considère comme habituel.

Lorsque la pleurésie siège du côté droit, le refoulement de bas en haut du foie est parfois douloureux.

La guérison s'opère d'ordinaire dans le deuxième septénaire.

La pleurésie diaphragmatique bénigne est une maladie de tous les âges. Elle se rencontre sur des constitutions robustes ou frêles et surmenées. Nos malades n'ont pas été suivis au point de vue d'une évolution tuberculeuse ultérieure.

III

Les pleurésies purulentes que nous avons traitées sont au nombre de cinq. Trois d'entre elles ont paru être tuberculeuses: le malade avait eu des craquements humides à un sommet du poumon avant l'apparition de la pleurésie ou bien il vivait dans un entourage de tuberculeux, ayant un frère phtisique couchant à ses côtés. A deux reprises la pleurésie tuberculeuse purulente avait été compliquée de pyopneumothorax et l'empyème pratiqué dans ces conditions n'a pas empêché la mort du malade; a également succombé après l'empyème notre tuberculeux dont l'épanchement, d'abord séro-fibrineux, est ensuite devenu purulent. Soit trois pleurésies purulentes tuberculeuses terminées fatalement après l'empyème. On sait du reste que l'empyème dans la pleurésie purulente tuberculeuse est une opération peu brillante quant à ses résultats. M. Netter (1) la considère comme insuffisante et dangereuse; car, dit-il, elle ne supprime pas la lésion de la plèvre et a l'inconvénient d'exposer, au cours des pansements, la cavité pleurale à des infections secondaires.

L'empyème nous a au contraire réussi sur un homme de 39 ans, d'ordinaire bien portant et à hérédité morbide nulle. S'agissait-il d'une pleurésie purulente à streptocoques? L'examen bactériologique n'a pas été fait. Ce malade a guéri. Un autre, âgé de 20 ans, a succombé à la fièvre de suppuration, l'opération ayant été refusée par la famille.

IV

De pleurésies interlobaires, nous ne comptons que trois observations. La maladie a évolué suivant le type classique, éclairée à un moment donné par l'irruption d'une vomique purulente que suivait un état fébrile plus ou moins prolongé. Tous nos malades ont guéri; l'un d'eux a présenté pendant sa convalescence un rhumatisme infectieux avec névrites périphériques, atrophie des membres inférieurs et abolition des réflexes tendineux. L'observation de ce malade a paru dans la *Revue de Médecine* (1892, p. 819).

Le nombre de pleurésies hémorrhagiques que comprend notre statistique serait peut-être plus considérable, si nous avions fait de la thoracentèse le traitement habituel de la pleurésie et non pas seulement une opération d'urgence.

Deux des malades que nous avons rangés dans les pleurésies séro-fibrineuses avaient bien laissé couler par le trocart un liquide légèrement rosé, mais la couleur en était trop pâle pour qu'on en put faire un épanchement vraiment hémorrhagique.

Un seul malade a offert une pleurésie hémorrhagique. C'était un vieillard de 62 ans qui habitait une ferme isolée de la montagne. Il était atteint d'un cancer de la plèvre secondaire à un cancer de l'estomac. L'épanchement était énorme. Trois thoracentèses successives retirèrent chaque fois plusieurs litres de liquide rutilant; mais l'amélioration qui suivit chaque opération ne fut jamais que de très courte durée; l'épanchement se reproduisait immédiatement et la mort survint au bout de peu de semaines.

(1) Loc. cit., p. 1058.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le projet d'impôts nouveaux.

La *Gazette Médicale*, dans un des derniers numéros, a dit quelques mots de la nouvelle taxe, la *taxe d'habitation*, qui fait partie du projet élaboré par le gouvernement pour le budget de 1895. La question est assez grave et intéresse trop la profession médicale, comme toutes les carrières libérales, pour qu'elle ne soit pas ici l'objet d'un examen un peu plus étendu.

On sait que, suivant le projet dont il s'agit, la *taxe d'habitation* sera établie, non seulement d'après la valeur locative de l'immeuble ou de l'appartement, mais encore d'après le nombre de domestiques que comporte cette valeur locative. On ne se préoccupera pas de savoir si le contribuable a réellement ou non à son service le nombre ainsi préjugé de domestiques ; dans la négative, il paiera pour les domestiques qu'il n'a pas comme pour ceux qu'il emploie.

Il est surprenant qu'une première conséquence de ce projet n'ait pas frappé ceux qui l'ont conçu. On se plaint aujourd'hui, non sans raison d'ailleurs, de la dépopulation de la France, qui tient surtout à une diminution de la natalité. Or, le projet ne va-t-il pas à l'encontre des familles nombreuses? Voilà deux ménages dans la même situation de fortune : l'un n'a qu'un enfant, l'autre en a plusieurs. Au premier un petit appartement et un domestique suffisent. Les exigences de l'hygiène obligent le second à avoir un appartement plus grand et, pour compenser le surcroît de charges qui lui incombe, il se privera du service d'un second domestique. Tant pis : il n'en paiera pas moins pour ce domestique. Une semblable mesure n'est-elle pas une prime à la restriction dans le mariage?

Mais laissons là les considérations générales et examinons l'impôt au point de vue de nos intérêts professionnels. Chaque fois que les pouvoirs publics ont quelques nouveaux services à demander au corps médical, comme par exemple au sujet de la déclaration obligatoire des maladies épidémiques, ils inventent, pour les exalter, de prétendus privilèges dont celui-ci jouirait. C'est sans doute toujours en vertu d'un privilège que les charges fiscales pèsent plus lourdement sur la profession médicale que sur aucune autre.

Le médecin est tenu d'avoir un loyer trop souvent hors de proportion avec les revenus de sa clientèle. La disproportion est d'autant plus grande que sa famille est plus nombreuse. On n'a pas tenu compte de cette considération quand on lui a imposé la patente, et la loi du 28 avril 1893 a mis le comble à la mesure en élevant du 15e au 12e de la valeur locative le droit proportionnel pour un certain nombre de nos confrères. D'autres, exerçant l'été dans une ville, l'hiver dans une autre, payent deux patentes comme si, à l'instar des négociants, ils pouvaient se dédoubler ou se faire remplacer et bénéficier simultanément de leur profession dans les deux villes.

Il est difficile au médecin, sinon, dans l'immense majorité des cas, impossible de séparer son appartement privé, son *home*, du local professionnel ; aussi le fisc englobe tout et attribue au patentable ce qui revient au simple particulier. Le cabriolet du médecin de campagne est imposé comme une voiture de luxe. En vertu de la nouvelle taxe, le domestique qui le conduit et soigne son cheval sera imposé, comme attaché à sa personne, tandis que le garçon de magasin chez le négociant, le garçon de laboratoire chez le pharmacien seront considérés comme attachés à la profession et, à ce titre, exonérés de l'impôt. Le médecin de grande ville qui, par économie, en raison de la cherté de son loyer, se privera d'un domestique, n'en payera pas moins la taxe. D'où il résulte que, dans quelque condition qu'il soit, le médecin payera trois fois l'impôt sur la valeur locative : une première fois par sa cote mobilière, une seconde fois par sa patente, une troisième fois par l'impôt sur les domestiques. N'est-ce pas là un abus d'une iniquité révoltante? Et qui frappe-t-on ainsi? Des hommes qui ont fait pour leurs études des dépenses considérables et ont déjà payé à l'Etat des droits élevés. D'autre part, est-ce la fortune acquise que l'on impose? Non, c'est le travail. Et, c'est sous un régime démocratique qu'une semblable répartition des charges publiques pourrait se faire? Le corps médical a le droit et le devoir de protester.

Le changement de ministère apportera-t-il des modifications dans le projet des nouveaux impôts? Nous ne savons ; mais le projet, aujourd'hui abandonné, peut être repris demain. Il importe donc d'appeler l'attention du gouvernement sur l'iniquité du nouvel impôt, en ce qui concerne la profession médicale. Le Sénat, la Chambre des députés, le ministère lui-même comptent de nombreux représentants de cette profession. Il ne faut pas que chez eux l'homme politique fasse oublier le médecin. Il importe aussi à chacun de nous de le leur rappeler et, sous ce rapport, la Presse médicale ne faillira pas à son devoir en provoquant, entretenant, activant le mouvement qui doit avoir pour but et pour résultat la sauvegarde de nos légitimes intérêts.

Dr F. de Ranse.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE ET AUTRICHE-HONGRIE

Les amibes dans les diarrhées des enfants.

Le journal hebdomadaire de médecine de Prague vient de publier un assez long mémoire du professeur **Epstein** sur la présence des amibes et protozoaires dans les selles des enfants. Une étude analogue a été faite en Italie par le Dr Pagliari. Les résultats de ces deux auteurs sont loin de concorder.

Le professeur Epstein rappelle d'abord les travaux nombreux publiés sur ce sujet, surtout ceux de Davaine, de Bütschli, de Grassi, de Leuckart, de Cunningham.

Mais il existe une variété de termes et de dénominations qui sont loin de simplifier les classifications. Bütschli et comme lui Epstein admettent l'identité des types décrits sous le nom de trichomonas intestinalis par Leuckart, de monocercomonas par Grassi, de cercomonas hominis par Davaine.

L'examen des selles de 400 enfants, fait par Epstein, lui a montré que seules les selles diarrhéiques contiennent des amibes.

C'est donc seulement dans ces cas que la recherche peut être fructueuse. La technique en est un peu spéciale. Comme il importe de faire l'examen rapidement et de ne pas exposer les parasites à l'air libre, on va chercher les matières fécales dans l'intestin avec une sonde ; il est dès lors facile d'étaler une petite quantité des produits à examiner sur une lamelle.

Dans vingt-six cas il fut possible de relever la présence des protozoaires dans les selles diarrhéiques. Aucun des enfants n'était nourri au sein.

Pagliari écarte l'idée d'identité entre le monocercomonas et le trichomonas; il n'a trouvé qu'une fois des flagellés chez l'enfant.

En aucun cas, Epstein n'a trouvé ces parasites dans les sécrétions gastriques ni buccales. Le plus ordinairement l'intestin grêle, ou mieux le jéjunum, n'en contient que fort peu.

Y a-t-il dans ces diarrhées spéciales quelque symptôme qui puisse éveiller l'attention? Le nombre des selles peut atteindre, comme dans la dysenterie ou dans le choléra, un chiffre élevé, mais l'abattement, l'affaiblissement semblaient moindres.

Contrairement à Cunningham, l'auteur note l'acidité presque constante des selles.

La présence des parasites a pu dans plusieurs cas être relevée pendant plns de deux mois.

L'intestin dans ces cas, qui peuvent être mortels, a présenté des lésions de catarrhe chronique sans ulcérations.

Quel que fût le traitement adopté, quinine, calomel ou tannin, le protozoaire a résisté.

C'est bien lui, pour Epstein, qui est l'agent pathogène vrai de certaines diarrhées: on ne le trouve en effet que dans les selles diarrhéiques; et dans les cas d'alternance entre la constipation et la diarrhée, il n'apparaît jamais pendant les périodes de constipation.

Pagliari est d'un avis contraire : pour lui le parasite n'a pas de rôle défini. Il se retrouve dans des affections très différentes : diarrhée simple, choléra, typhus, dysenterie, où son rôle particulier, s'il existe, doit être bien effacé.

Les cas où les diarrhées parasitaires prennent le type endémique ne sont pas absolument rares, et il faudrait souvent chercher dans les eaux de boisson l'origine première de l'infection.

Les exercices acoustiques dans la surdi-mutité.

Il y a quelques mois, **M. Urbantschistch** communiquait à la Société des médecins de Vienne les perfectionnements apportés par lui au traitement de la surdi-mutité par les exercices acoustiques.

Ces exercices doivent être entrepris d'une façon suivie, pendant l'enfance ; ils demandent une grande patience. Chaque semaine à plusieurs reprises on fait une séance de dix minutes environ. Au début on se borne à prononcer à haute voix deux ou trois voyelles, jusqu'à ce que l'enfant distingue le son particulier à chacune d'elles. Puis on fait entendre au sourd-muet les autres voyelles, puis les consonnes, les syllabes, les mots.

Dès que l'enfant est en état de distinguer quelques mots, on change les instructeurs et on les multiplie pour faire différencier les timbres des voix par le sujet. Les sons et bruits musicaux sont très inégalement perçus au début ; il existe une difficulté plus accentuée pour les notes moyennes que pour les notes graves ou élevées de l'échelle musicale.

Il est un fait curieux à noter, c'est que la perception nette d'une note musicale s'accompagne très souvent d'une audition faible il est vrai, mais évidente des notes voisines. De plus, l'exercice des tons musicaux aide singulièrement l'audition de la voix parlée. Aussi M. Urbantschitsch a fait construire un harmonica à timbre très sonore qui lui a permis d'obtenir d'excellents résultats. Il y a, il est juste de le dire, de grandes différences d'aptitude suivant les sujets et ces différences tiennent tantôt à l'état de l'organe récepteur, tantôt au degré de développement intellectuel de l'enfant.

Soixante enfants sont soumis à ces exercices depuis huit mois, chez aucun d'eux on ne pouvait faire entendre des phrases émises à haute voix : douze actuellement ont acquis une perception nette. De trente-deux sujets qui ne percevaient à peu près aucun son, vingt et un peuvent entendre la voix. L'éducation est longue, mais on peut en espérer beaucoup.

M. Gruber ne partage pas l'espoir de son collègue. Il est évident et le fait est bien connu que des enfants sourds, mais présentant des traces d'audition, peuvent, lorsqu'ils sont soumis longtemps et dans des établissements spéciaux à cette gymnastique de l'oreille, en retirer un bénéfice réel, mais la méthode ne donne aucun résultat, si l'on s'adresse à des enfants qui n'ont aucune sensation auditive.

M. Politzer rappelle que l'abbé Berrier (de Bourg-la-Reine) malgré des essais prolongés n'a obtenu aucun résultat.

Lorsque les altérations anatomiques de l'oreille sont très prononcées, la thérapeutique reste illusoire. Mais si on rencontre des cas où la surdité n'est que le résultat d'un état de torpeur du nerf auditif, il y a lieu d'espérer une amélioration spontanée. En tous cas, l'acuité auditive est toujours trop faible pour permettre la conversation, c'est encore la lecture de la parole sur les lèvres de l'interlocuteur qui rendra le plus de services.

Pour juger des résultats de la méthode de M. Urbantschistch; il importerait d'établir, avant tout essai, l'acuité auditive du sujet; d'exclure ceux chez qui l'amélioration spontanée est probable. Il faudrait aussi, avant de juger de l'efficacité du traitement, attendre plusieurs années : il ne faut pas oublier que l'amélioration obtenue par les exercices peut n'être que temporaire et qu'abandonné à lui-même, le sourd-muet perd très facilement le bénéfice du traitement.

M. Lustkande ne voit dans les exercices acoustiques qu'un moyen de corroborer la lecture sur les lèvres. Il est opposé au langage par signes, qui s'oppose au développement intellectuel de l'enfant.

LETTRES DE PROVINCE

(De notre correspondant de Bordeaux.)

W. Binaud et J. Crozet. — **Sur deux cas nouveaux de trépanation rachidienne pour paraplégie consécutive au mal de Pott.** (*Arch. Clin. de Bordeaux*, janv. 94.)

Il s'agit de deux malades du service de M. le Prof. A. Pitres, atteints tous deux de paraplégie pottique et trépanés le même jour par M. le Prof. A. Demons. Ces deux malades, dont les auteurs rapportent l'histoire avec les plus grands détails, présentaient, tant dans leur passé pathologique que dans les signes fonctionnels où objectifs de leur affection, de nombreuses ressemblances.

Même analogie d'âge : vingt et vingt-cinq ans. Même analogie de début par des douleurs localisées d'abord à la région dorsale de la colonne vertébrale, irradiées ensuite vers le tronc et les membres ; même siège de gibbosité au niveau des neuvième, dixième et onzième dorsales chez l'un ; des sixième et septième dorsales chez l'autre.

Enfin, était survenue, comme conséquence de ce mal de Pott, une paraplégie bientôt complète avec troubles de la sensibilité.

L'évolution de ces différents symptômes est aussi une durée à peu près égale (15 et 18 mois).

L'opération fut pratiquée chez les deux malades le même jour et selon la même technique.

Le professeur Demons n'eut pas recours cette fois à son incision en U, préconisée également par Duncan. Il lui préféra l'incision longitudinale médiane, qui lui permit d'arriver aisément sur le squelette de la région.

L'ouverture du canal rachidien fut opérée ensuite selon le procédé indiqué par Horsley.

Jusque-là, l'analogie entre les deux cas fut parfaite ; les dissemblances devaient apparaître au niveau même des lésions que nous allons rappeler brièvement :

Premier cas. — P... ; fongosités extra-dure-mériennes qui sont facilement ruginées ; section longitudinale de la dure-mère ; moelle saine ; décomposition de celle-ci par ablation de l'arc vertébral situé au-dessous.

Deuxième cas. — D... (Gabrielle), état fongueux de la dure-mère qui était ramollie, déchiquetée. Ecoulement de pus d'abcès froid par la partie supérieure de l'ouverture rachidienne, à droite et à gauche de la moelle, décomprimée également par l'ablation d'un arc vertébral.

Or, à l'encontre du dernier cas, les lésions trouvées chez le premier malade devaient être uniques, sans autres altérations du cylindre méningo-médullaire ou du squelette vertébral ; et, ce qui semble le prouver, c'est la disparition, lente il est vrai, mais continue, des accidents paraplégiques et le retour graduel de la marche.

Chez le second malade, au contraire, les lésions n'étaient pas seulement limitées aux arcs et à la zône épidurale sous-jacente, et l'écoulement de pus d'abcès, qui s'écoulait de la partie supérieure

de la brèche osseuse rachidienne, démontre surabondamment qu'elles étaient beaucoup plus étendues.

Les auteurs ont passé en revue les faits déjà connus (Voir A. Chipault : études de chirurgie médullaire; Paris, 1893), et il leur paraît bien difficile aujourd'hui, malgré une liste déjà longue d'interventions opératoires (105 observ.), de formuler des conclusions sur la valeur de la trépanation rachidienne pour paraplégies consécutives au mal de Pott et d'augurer de son avenir.

Chipault, dans son avant-dernier mémoire sur la chirurgie de la moelle *(Revue de Chirurgie*, mars 1893, p. 219) avance que depuis la publication d'un travail antérieur sur le même sujet *(Archives générales de Médecine*, 1890, t. II) « des faits nombreux et longtemps suivis ont rendu douteuses, puis sûrement fausses, ses conclusions trop optimistes ».

Bien que n'ayant point eux-mêmes la prétention de prendre parti dans la question, les auteurs ne peuvent s'empêcher de reconnaître que les résultats sont loin d'être encourageants.

En admettant que, grâce aux immenses progrès de l'antisepsie et de la technique mieux réglée, la trépanation rachidienne soit devenue aujourd'hui une opération peu grave par elle-même; en laissant de côté les accidents possibles dont elle peut s'accompagner ultérieurement (choc, cyphose, brusque compression de la moelle, etc.); en faisant en somme abstraction de l'acte opératoire, il faut encore se demander quels sont les cas susceptibles de bénéficier de l'intervention, quels sont les cas irrémédiablement incurables.

Les cas heureux se réduisent à des variétés anatomiques spéciales telles que : paraplégies par périméningite devenue scléreuse, par compression médullaire d'origine fongueuse, par abcès froids.

Mais sur quels signes se basera-t-on pour avancer qu'il s'agit d'une paraplégie pottique antérieure plutôt que d'une paraplégie pottique postérieure; et, si même on a des raisons d'admettre cette dernière hypothèse, pourra-t-on distinguer entre une paraplégie par arête osseuse et une paraplégie par fongosités?

Dans l'état actuel des choses, le problème paraît seulement posé et, dans la réalité des faits, la désillusion est souvent par trop décevante.

Toutefois, ne faut-il pas désespérer de l'avenir; un résultat paraît acquis, ce sont les heureux effets de la trépanation rachidienne dans les cas de paraplégie pottique que les auteurs ont précisés. Aux travaux futurs de rechercher maintenant les éléments de diagnostic caractéristiques de chacun d'eux.

Bien que restreinte encore à des variétés paraplégiques spéciales, la trépanation rachidienne n'en sera pas moins appelée à prendre une place importante dans ces nouvelles conquêtes de la chirurgie. Elle sera curatrice dans ces cas déterminés et il faut même avoir l'espoir que, dans l'espèce, elle deviendra supérieure aux procédés orthopédiques.

M. Denucé. — **Des troubles de la marche (astasie-abasie) consécutifs au phimosis congénital.** *(Soc. de Méd. et de Ch. de Bordeaux*, 2 fév. 94.)

On a signalé souvent des troubles de la marche chez les enfants atteints de phimosis congénital. M. Denucé croit que ces troubles peuvent revêtir un caractère systématique. Il rapporte dix observations dans lesquelles ces troubles présentent une très grande analogie avec le syndrôme décrit par Bloch sous le nom d'astasie-abasie. Du fait que la circoncision fait disparaître ces troubles, et de leur rapprochement séméiologique avec l'astasie-abasie, il conclut à la nature réflexe médullaire et à leur origine dans l'irritation balano-préputiale due au phimosis. Il croit que l'étude de pareils cas pourrait servir à éclaircir certains points encore obscurs dans l'histoire de l'astasie-abasie.

M. Pousson. — **Cystocèle uréthrale** *(Soc. obst., gynec. et pédiat. de Bordeaux*, 13 mars 1894).

Les déplacements vésicaux par inversion peuvent être de deux sortes : ou bien la vessie se renverse en s'invaginant sur elle-même, comme le fait quelquefois la matrice, et peut faire issue dans l'urèthre; il y a dix-sept cas connus de cette invagination: ou bien il se produit un renversement, une hernie de la muqueuse de la vessie, fait rare qu'a décrit Patron. Je veux en rapporter un cas pour en exposer ensuite la pathogénie. Une jeune fille vint me voir, se plaignant qu'une tumeur lui sortait par le méat, quand elle voulait uriner; cette tumeur oblitérait le méat, elle était obligée de la faire rentrer avec le doigt pour pouvoir uriner. Etant enfant, elle avait eu des diarrhées rebelles avec ténesme et prolapsus rectal; toute sa vie, elle avait gardé difficilement ses urines. Il y a dix ans, elle sentit quelque chose se déplacer dans sa vessie et, à partir de ce moment, eut des troubles urinaires. Trois ans après, à la suite d'un effort, elle sentit quelque chose sortir par le méat. Elle vint me voir, mais ne put devant moi faire sortir sa tumeur. Je pensai à la hernie de la muqueuse vésicale. Je la revis deux ans après, elle avait les mêmes troubles urinaires et je pus enfin voir sa tumeur. Elle était de la grosseur d'une belle noix, elle était rouge et présentait une ulcération grisâtre; cette tumeur, non solide, réductible, saignait au toucher. Je me crus en présence d'une invagination vésicale, je proposai une opération qui consisterait à sectionner le pédicule et à faire une suture très serrée. Ma proposition fut acceptée. J'attirai la tumeur à l'extérieur, je vis qu'elle s'insérait à la vessie; j'embrochai avec des catguts le pédicule pour l'oblitérer; cela fait, je sectionnai pour affronter l'une à l'autre les deux lèvres du pédicule; puis je repris la muqueuse par une suture en surjet. Les suites opératoires furent excellentes; les troubles urinaires ont disparu.

L'invagination de la muqueuse vésicale a été rattachée à trois théories pathogéniques :

1° L'embouchure vésicale d'un uretère s'oblitérant, la muqueuse serait poussée en avant et se décollerait (Noël). Cette théorie a un point de départ faux.

2° La muqueuse s'est décollée de la musculaire sous-jacente et vient peu à peu faire issue à travers l'urèthre. Cette explication a été combattue par Cruveilhier, cependant elle est plausible en raison de la laxité du tissu cellulaire sous-muqueux.

3° Patron, en 1857, a observé un cas analogue et en a donné, sans le secours du microscope, une théorie que confirment un fait de Malherbe et le mien, appuyés sur l'examen histologique. Patron admet avec Bailly l'existence de cryptes disposées autour du col vésical et s'ouvrant par un goulot dans la vessie. Quelquefois, il peut y entrer de l'urine; si la pression augmente dans une crypte, elle s'agrandit, repoussant la muqueuse et les différents plans de l'urèthre et finit par faire issue par le méat. Ces glandules sont aujourd'hui décrits dans les ouvrages des auteurs qui ont écrit récemment sur cette région, Hermann, Tourneux, Albarran. Un examen histologique fait par M. Ferré confirme pleinement cette pathogénie.

W. Binaud.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juin. — Présidence de M. Jules Rochard.

Deux cas de horse-pox.

M. Layet (de Bordeaux) communique l'observation de deux cas de horse-pox constatés chez des juments. La seconde fut contagionnée par le bridon de la première. Chez celle-ci l'éruption fut généralisée, tandis que chez l'autre il ne se produisit de vésico-pustules qu'à l'encolure, à la langue et la face interne des joues. Sur aucun de ces deux animaux on ne constata de phénomènes généraux. La région de la queue resta indemne.

Plusieurs génisses furent vaccinées avec le produit des pustules; l'éruption de la génisse fut généralisée et servit à inoculer les deux juments qui n'eurent pas d'éruption vaccinale, tandis

qu'un cheval témoin, inoculé en même temps, fut couvert de pustules.

M. Trasbot. — Les cas de horse-pox spontané sont loin d'être rares, et j'en ai pour ma part constaté au moins cent cas. Les vaccinateurs doivent savoir qu'on peut ainsi renouveler fréquemment la source vaccinale. Quant au mode de contagion, il concorde bien avec mes affirmations : c'est la contagion directe par le bridon ou les entraves communs à plusieurs animaux qu'on observe le plus souvent.

De l'utilité des revaccinations répétées.

M. Layet a fait des recherches sur deux mille cas de variole. Les sujets qui ont fait l'objet de cette statistique sont de tous les âges.

Il en résulte que si, jusque vers 10 ans, l'immunité due à la vaccination de la première enfance persiste 4 fois sur 5, de 10 à 20 ans, elle a disparu et la variole atteint autant les non-revaccinés que les non-vaccinés. La mortalité augmente avec l'âge chez les non-revaccinés ; on ne peut donc pas conclure à un état réfractaire définitif, parce qu'à cinquante ans par exemple, on n'a pas eu la variole.

[illegible]

Nous avons, au laboratoire de M. Bouchard, cherché à éclaircir cette question. Il nous a semblé qu'un rôle important était dévolu aux toxines, surtout à cause de leurs propriétés vasomotrices, de leur puissance hémorrhagipare et aussi parce qu'elles exaltent la puissance des agents microbiens. Ces toxines existent dans la circulation des injectées.

Or, ayant injecté de la malléine à plusieurs cobayes femelles enceintes, nous avons inoculé ensuite de fortes doses de virus pyocyanique. Dans tous ces cas, le bacille a traversé le placenta.

Les glandes arrêtent l'infection ; mais, si l'infection continue, elle lèse les tissus glandulaires et la généralisation se fait.

Nous continuerons nos recherches par l'étude du passage des poisons chimiques dans le placenta.

Ferment uréique dans le foie.

M. Ch. Richet. — J'ai pu d'expériences récentes conclure qu'il existe dans le foie un ferment soluble, diastase, agissant sur les substances albuminoïdes pour les transformer en urée.

Etude sur la branche descendante des racines postérieures.

M. Marinesco. — L'étude de la branche descendante décrite par Ramon y Cajal dans le trajet intramédullaire des racines postérieures a été négligée. On n'a guère étudié que la branche ascendante.

En coupant plusieurs racines cervicales et lombaires, nous avons constaté que la branche descendante est située dans la partie interne de la zône de Lissauer et dans la zône radiculaire postérieure.

Le rôle de cette branche semble être de diffuser les excitations internes dans le sens descendant et de provoquer des réflexes.

Schultze plaçait ces branches dans la zône en virgule qu'il a décrite. Avec MM. Footh, Marie-Goubault et Philippe, nous nous inscrivons en faux contre cette manière de voir.

Transmission aux animaux du cancer de l'homme.

M. Boisset. — A la suite d'expériences nombreuses, M. Boisset est arrivé à transmettre le cancer aux animaux, mais surtout par inoculations dans les parties profondes du péritoine, principalement sous le foie.

Dans aucun cas, l'inoculation faite dans les glandes ou sur les muqueuses n'a donné de résultats positifs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 juin. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Anus contre nature.

M. Chaput continue la lecture de son mémoire en insistant particulièrement sur la résection intestinale, l'entérorraphie longitudinale et l'entéroanastomose.

Extirpation de l'astragale pour pied-bot équin avec ankylose.

M. Michaux. — Je suis chargé de vous faire un rapport sur une observation qui nous a été adressée par M. Lafourcade, et que je vais vous résumer à grands traits. Une dame, âgée de 40 ans, fit une chûte qui détermina une fracture compliquée du tiers inférieur de la jambe gauche avec ouverture de l'articulation tibio-tarsienne. Pendant 3 mois, elle fut soumise à des pansements réguliers, mais la marche resta impossible. Six mois plus tard, M. Lafourcade la vit pour la première fois. L'articulation était complètement ankylosée, la malade présentait un pied-bot du type équin le plus pur, marchant sur la tête des métatarsiens, ou mieux s'appuyant, car la marche était impossible. Le talon restait élevé à 12 centimètres au-dessus du sol. M. Lafourcade se décida à faire l'extirpation de l'astragale ; il trouva cet os absolument fusionné avec la mortaise tibio-péronière et dut pour l'extirper re-

courir au morcellement et à l'évidement ; il refit une mortaise, réduisit le pied-bot, l'immobilisa dans un plâtre. La néo-articulation fut mobilisée dès le 20e jour. 10 jours plus tard la malade marchait en s'appuyant sur toute la surface plantaire. Les mouvements de l'articulation ne dépassent pas 40°. M. Lafourcade conclut, et je suis de son avis, que dans des cas analogues l'extirpation de l'astragale est préférable à la résection cunéiforme tibio-tarsienne. Moi-même, dans un cas analogue je n'ai eu qu'à me louer d'avoir agi de cette façon.

Résultat immédiat de la suture scléroticale.

M. Delens. — M. Fage, d'Amiens, nous a adressé un mémoire au sujet duquel je vais vous entretenir comme rapporteur. La suture scléroticale a de l'intérêt non seulement pour les ophtalmologistes, mais pour tous les chirurgiens qui, dans un cas donné, peuvent rendre un service signalé à leurs malades. C'est surtout, fait remarquer M. Fage, dans les plaies de dimension moyenne que la suture donne de bons résultats. Malheureusement les résultats tardifs ne sont pas toujours aussi remarquables et l'infection n'est pas rare. Les avantages sont surtout l'absence d'infection, lorsque la suture est faite de suite. Elle empêche aussi l'usure du corps vitré. Elle fait éviter les fistules et staphylômes. Elle donne une cicatrice plus régulière et abrège la durée de la guérison. Elle est contre-indiquée lorsqu'il y a des corps étrangers. Elle est inutile si la choroïde est intacte. Les résultats sont satisfaisants, même lorsque le corps ciliaire est intéressé. Il se déclare souvent une cyclite tardive, quelquefois des lésions sympathiques de l'autre œil, dont on peut parfois venir à bout par l'emploi du cyanure de mercure au millième.

Traitement des fractures simples par la suture osseuse.

M. Nélaton. — M. Roux de Brignolles fils (de Marseille) a communiqué à la Société trois séries d'observations de fractures, traitées par la suture osseuse. Dans les deux premières séries, il s'agit de fractures de la clavicule et de fractures de l'humérus et du fémur. Je suis loin de partager l'opinion de M. Roux de Brignolles à ce sujet, mais j'adopte ses conclusions pour les fractures de jambe qui constituent le troisième groupe.

1° Deux observations de suture de la clavicule accompagnent la note de M. Roux. Dans les deux, il s'agit de fracture type à grand déplacement. La guérison a été obtenue en 20 jours et les malades revus, l'un un an, l'autre 4 mois après, ne présentent pas trace de cal. Partant de là, M. Roux de Brignolles renonce aux anciennes méthodes qu'il accuse de déterminer des cals volumineux, des pseudarthroses, des compressions du plexus brachial. Il y a une exagération manifeste à vouloir faire de la suture la méthode de choix. La crainte d'un cal ne peut autoriser cette intervention dans tous les cas, et nous voyons tous les jours des ouvriers, des cochers, porteurs de cals de la clavicule, qui ne les gênent en aucune façon dans leur métier. La suture sera recommandable dans les cas où on craindra des phénomènes de compression, ou sur leur demande, chez les jeunes femmes et les jeunes filles.

2° Une des observations porte sur un cas de fracture du fémur non consolidée six semaines après l'accident. Le raccourcissement était de neuf centimètres. L'auteur redresse les fragments, fait la suture osseuse, et pour cela il est obligé de réséquer trois centimètres de fémur. La consolidation demande trois mois, et encore persiste-t-il un raccourcissement de quatre centimètres. Le malade n'a marché convenablement qu'au bout d'un an. Pour cette observation, comme pour une autre, où il s'agit d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, je me contenterai de dire que l'application méthodique et bien faite des appareils de M. Hennequin donne plus vite et à moins de frais d'aussi beaux résultats.

3° Quant aux fractures de jambe « dans les formes graves », et par là l'auteur entend les fractures fermées irréductibles et incoercibles, je me range à son opinion. A l'appui de sa thèse, M. Roux nous adresse l'observation d'un homme de 43 ans, qui présente une fracture de l'extrémité inférieure de la jambe, avec redressement du pied, saillie du fragment supérieur. Dans l'impossibilité où il fut de la réduire, le chirurgien aborda le foyer de fracture par une incision ; il enleva une esquille et vit que l'impossibilité de la réduction tenait à la présence d'un faisceau du muscle jambier antérieur entre les fragments. Il remit tout en place, fit la suture osseuse et l'immobilisa en bonne position. La guérison s'obtint en 4 mois, et la marche est parfaite. Il est évident que cette méthode l'emporte de beaucoup sur la réduction médiocre dont on se contente en pareil cas. La présence d'un faisceau musculaire entre les fragments aurait toujours empêché de réduire en bonne position, et l'intervention s'est trouvée légitimée. Bien des fois au Bureau central, à l'hospice d'Ivry, je rencontrai des consolidations vicieuses, qu'on devait attribuer non pas à la maladresse du chirurgien, mais à l'infériorité de la méthode. Assez récemment, dans un cas de fracture de jambe, je fis appliquer 2 appareils plâtrés, j'en ai appliqué moi-même trois inutilement. Je ne suis pas arrivé à corriger le déplacement. Dans un cas analogue, si la correction de l'attitude me semblait insuffisante, je n'hésiterais pas à imiter notre confrère. Mais j'estime que, dans son intervention, le rôle de la suture n'a été que très secondaire ; elle n'a fait qu'aider à la contention.

line. — Immunité contre le choléra. — SOCIÉTÉS SAVANTES. — des Sciences (séance du 18 juin) : Les homologues de la quinine. — position qualitative des créosotes officinales de bois de bêtre et de bois de chêne. — Sur la stabilité des dissolutions aqueuses de bichlorure de mercure. — *Académie de Médecine* (séance du 19 juin; présidence de M. Jules Rochard) : Anesthésie par un mélange de chloroforme et d'éther. — Mort par le bromure d'éthyle. — De la mortalité infantile. — *Société de Biologie* (séance du 16 juin; présidence de M. Déjerine) : Nouvelle méthode de coloration des micro-organismes dans le sang. — La lithiase biliaire est-elle de nature microbienne? — Toxicité du sérum du sang. — Poisons urinaires. — *Société de Chirurgie* (séance du 20 juin; présidence de M. Lucas-Championnière) : Antisepsie et asepsie. — Traitement des fractures par la suture. — LES LIVRES. — ACTES DE LA FACULTÉ. — NOUVELLES ET FAITS DIVERS. — NOTES D'ANATOMIE, DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE : Les muscles de l'appareil urinaire de l'homme. (Anatomie et physiologie. — Plan sans détails.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Diagnostic de l'iritis.

Par M. SAM. LÉVY, interne des hôpitaux.

I

Importance du diagnostic. — Limites du sujet.

Le diagnostic de l'iritis intéresse au plus haut degré le médecin; à part le glaucôme, il n'est guère dans la pathologie oculaire d'affection dans laquelle un traitement institué dès le début puisse avoir une influence aussi heureuse.

Tout praticien doit savoir reconnaître le glaucôme et l'iritis pour pouvoir appliquer à temps la médication quasi-spécifique qui leur convient; la confusion, possible dans certaines conditions entre les deux affections, est d'autant plus regrettable que l'atropine qui convient à l'iritis est funeste au glaucôme et que l'ésérine spécifique du glaucôme aggrave l'iritis.

C'est surtout à ce point de vue que nous envisageons le diagnostic de l'iritis en mettant en relief les *signes de certitude* de l'affection et en décrivant succinctement les signes de probabilité.

Nous excluons d'emblée tout examen ophtalmoscopique; les spécialistes seuls peuvent en tirer parti : nous n'avons pas la prétention de nous adresser à eux.

...leu (2e série) : MM. Laboulbene, Marie, Roger. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchement, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, ...ar.

SAGES-FEMMES DE 1re CLASSE. — JEUDI 21 JUIN. — MM. Joffroy, Maygrier, Gley.

B. — THÈSES

MERCREDI 20 JUIN, à 1 heure. — *M. Emourgeon* : Contribution à l'étude de la cachexie pachydermique. — *M. Sombret* : De l'ostéoclasie manuelle par le procédé de Tillaux modifié.

JEUDI 21 JUIN, à 1 heure. — *M. Dumas* : La pensée dans la mélancolie. — *M. Chantier* : Contribution à l'étude du typhus exanthématique particulièrement des troubles digestifs. — *M. Varangot* : Complications de la rougeole sur les séreuses. — *M. Le Gendre* : Traitement de la diphtérie par le sublimé en solution concentrée (1/20, 1/30, dans la glycérine. — *M. Simon* : Recherches sur les pleurésies putrides chez l'enfant. — *M. Claudel* : Considérations sur les hémiplégies alternes. — *Vidal* : Des fractures dites spontanées pendant la grossesse et l'accouchement. — *M. Artus* : Etude clinique du cancer de cæcum.

INCIDENT DE L'HOPITAL BICHAT

Nous recevons la lettre suivante :

Monsieur le Directeur,

J'ai lu avec une certaine surprise, dans une brochure à allure de pamphlet, entre autres insinuations, que les fractures n'étaient pas reçues à l'hôpital Bichat. Je puis affirmer que, pendant les trois ans où j'ai eu l'honneur d'être l'assistant de M. Terrier, il n'a jamais été fait aucune catégorie de malades au point de vue de leur réception dans le service. Je doute que le sentiment de la responsabilité et le respect des malheureux existent à un plus haut degré que chez notre maître, chez ceux qui ont reçu la mission de diriger un service hospitalier.

La petite guerre, faite en ce moment à notre ancien maître, nous fait un devoir de lui rendre publiquement ce témoignage.

QUÉNU,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Muséum d'histoire naturelle.

La chaire d'anatomie comparée est déclarée vacante.

L'hospitalité des internes en médecine.

Chaque interne en médecine a reçu dimanche une copie lithographiée de la lettre suivante :

« Paris, le 8 juin 1894.

» Monsieur,

» Depuis plusieurs années déjà, j'ai eu l'occasion de rappeler à MM. les internes, par l'intermédiaire des directeurs de nos établissements, les dispositions de l'article 88 *bis* du règlement sur le service de santé, qui prescrivent que « les personnes du sexe féminin ne seront pas admises à visiter les élèves en médecine dans les établissements dépendant de l'administration ».

» J'ai dû, moi-même, dans des circonstances particulières, convoquer un certain nombre de MM. vos collègues pour m'entretenir avec eux des effets regrettables qu'entraînait à tous les points de vue l'inobservation de ce règlement, et les inviter à s'y conformer.

» Malgré ces recommandations, de nombreuses infractions à la règle édictée ont été et sont encore commises. Le Conseil de surveillance, préoccupé des conséquences qui en résultent pour le bon ordre de nos établissements, vient d'inviter l'administration à tenir la main à l'application des dispositions de l'article 88 *bis* dont je crois devoir reproduire ici les termes formels :

« Les personnes du sexe féminin ne seront pas admises à visiter les élèves en médecine dans les établissements dépendant » de l'administration; la présence de ces personnes dans les » chambres des élèves est formellement interdite.

» Les directeurs veilleront à ce que les élèves ne forment pas de » réunions bruyantes de manière à troubler l'ordre ou le repos » des malades ou des administrés ».

» Le Conseil m'a chargé, en même temps, de rappeler de nou-



veau à chacun de MM. les internes en fonctions qu'ils doivent observer strictement l'interdiction que porte cet article.

» En déférant à l'invitation du Conseil de surveillance, je compte, monsieur, sur votre bon esprit pour vous conformer à l'avenir aux dispositions du règlement.

» Recevez, monsieur, l'assurance de ma considération distinguée,

» *Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique,*
» E. PEYRON. »

Nous avons vu quelques internes en médecine; ils nous ont paru peu émus de la circulaire. Nos jeunes camarades savent presque toujours se rappeler, même aux heures de joie (en pourrait-on dire autant de leurs voisins de salle de garde?) que leurs petites fêtes du soir ne doivent pas troubler le repos des malades auxquels ils donnent leurs soins pendant la journée. Quant à la défense qui leur est faite de recevoir « des personnes du sexe féminin », les internes ont trop confiance dans la justice et le bon sens de l'administration pour ne pas savoir que les directeurs des hôpitaux, d'accord, sans doute, avec la direction centrale, apporteront quelque tempérament dans l'exécution du décret. Il est, avec le ciel, des accommodements!

Conflit administratif.

Le Conseil d'Etat vient de trancher un différend qui s'était élevé entre le préfet d'Indre-et-Loire et la commission administrative de l'hospice de Tours au sujet de la nomination du médecin du quartier spécial d'aliénés annexé à l'hospice. L'administration avait soutenu que, dans les cas semblables, les quartiers spéciaux d'aliénés devaient être assimilés aux asiles publics, ce qui aurait eu pour conséquence de permettre au préfet d'en nommer les médecins.

Le Conseil d'Etat n'a pas admis cette thèse. Il résulte de sa décision qu'il faut distinguer entre les asiles publics dont l'administration nomme le médecin et les hospices pourvus de quartiers spéciaux affectés aux aliénés. Dans ce dernier cas, la seule obligation de la commission administrative, être collectif à qui la loi n'a pas voulu laisser les responsabilités incombant aux directeurs d'asiles, consiste à désigner un préposé spécial qui sera investi de ces responsabilités; mais, cette obligation satisfaite, les pouvoirs d'administration de la commission restent entiers, et il lui appartient de nommer le médecin.

En conséquence, le Conseil d'Etat a annulé l'arrêté préfectoral qui avait nommé le médecin de l'asile d'aliénés de Tours.

Congrès de l'Assistance publique.

L'Union des Syndicats médicaux a été invitée à participer au Congrès national de l'Assistance publique, qui s'ouvrira à Lyon, le 25 juin prochain. Le Congrès sera présidé par M. le docteur Th. Roussel, sénateur, président du conseil supérieur de l'Assistance publique. MM. Jules Simon, Henri Monod, le préfet du Rhône, le maire de Lyon, M. Hermann Sabran, ont été désignés comme présidents d'honneur. L'Union sera représentée à ce Congrès par son président, M. le docteur Porson. Le Syndicat de la Seine a également délégué à Lyon son président, M. le docteur Le Baron. Il est à souhaiter que les autres Syndicats médicaux suivent cet exemple. Le Congrès de Lyon, qui a mis en tête de son ordre du jour la loi sur l'Assistance médicale gratuite, est appelé à prendre des décisions de la plus grande importance.

Les adhésions et les demandes de renseignements doivent être adressées à M. Francis Sabran, secrétaire général du Congrès, 44, passage de l'Hôtel-Dieu, à Lyon.

Ecole de médecine d'Amiens.

Par arrêté ministériel, en date du 17 mai 1894, un concours s'ouvrira le 19 novembre 1894, devant l'Ecole de médecine d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole.

Réglementation de l'exercice de la profession de sage-femme en Belgique.

La Société belge de gynécologie et d'obstétrique vient d'adopter la proposition suivante, relativement aux sages-femmes :

Placer les accoucheuses d'une façon formelle sous la surveillance d'une autorité compétente.

65e ANNÉE. 9e SÉRIE. TOME I — N° 25 — 23 JUIN 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Diagnostic de l'iritis.

Par M. SAM. LÉVY, interne des hôpitaux.

I

Importance du diagnostic. — Limites du sujet.

Le diagnostic de l'iritis intéresse au plus haut degré le médecin : à part le glaucôme, il n'est guère dans la pathologie oculaire d'affection dans laquelle un traitement institué dès le début puisse avoir une influence aussi heureuse.

Tout praticien doit savoir reconnaître le glaucôme et l'iritis pour pouvoir appliquer à temps la médication quasi-spécifique qui leur convient; la confusion, possible dans certaines conditions entre les deux affections, est d'autant plus regrettable que l'atropine qui convient à l'iritis est funeste au glaucôme et que l'ésérine spécifique du glaucôme aggrave l'iritis.

C'est surtout à ce point de vue que nous envisageons le diagnostic de l'iritis en mettant en relief les *signes de certitude* de l'affection et en décrivant succinctement les signes de probabilité.

Nous excluons d'emblée tout examen ophtalmoscopique; les spécialistes seuls peuvent en tirer parti : nous n'avons pas la prétention de nous adresser à eux.

II

Diagnostic positif.

Dans tous les cas, l'examen doit être fait successivement à l'œil nu et à la loupe; on projettera à l'aide de la loupe des rayons plus ou moins obliques sur l'œil pour éclairer la cornée, l'humeur aqueuse et l'iris.

A. SIGNES PHYSIQUES.

C'est principalement sur les signes physiques que repose le diagnostic de l'iritis et parmi eux il en est qui sont quasi-pathognomoniques, signes cardinaux, qui ne peuvent pas tromper; il en est d'autres, moins importants, que l'on peut rencontrer dans beaucoup d'autres affections oculaires.

1° *Signes cardinaux :*

a) Modifications dans l'aspect de l'iris :

L'iris est terne, sa coloration est changée, elle est plus foncée, il faut pour s'en rendre compte comparer les deux iris et ne pas oublier qu'il existe une *hétérochromie* physiologique. La surface de l'iris n'est pas régulière, on y voit souvent des excroissances cuivrées, de petites tumeurs brunes, des tubercules, des varicosités saillantes.

La pupille est rétrécie en général ; elle est irrégulière, ovalaire ou triangulaire quelquefois ; le bord libre de l'iris est épaissi et ratatiné; il présente des saillies et des échancrures ; il est comme effacé. Le plus souvent il adhère en partie ou en totalité à la cristalloïde antérieure : une substance agglutinative, interposée entre le bord libre de l'iris et le cristallin, rend la pupille presque immobile : elle ne possède à la lumière que des mouvements partiels qui rendent les synéchies plus évidentes. L'iris immobilisé dans ses deux bords vient tomber dans la chambre antérieure poussé d'arrière en avant par l'humeur aqueuse en tension derrière lui.

b) Trouble de l'humeur aqueuse :

L'agent de cette adhérence est une substance fibrineuse blanc-grisâtre qui envahit souvent tout le champ pupillaire et cache le cristallin. A travers les vaisseaux dilatés de l'iris et du corps ciliaire une diapédèse intense s'établit; des leucocytes envahissent l'humeur aqueuse et troublent sa transparence ; il s'en exsude également une plus ou moins grande quantité de fibrine qui se coagule et englobe les leucocytes formant de petits amas opaques qui tombent à la partie déclive de la chambre antérieure où ils forment quelquefois au début un *triangle opaque* à base inférieure, et dont le sommet est au niveau de la pupille, d'où semblent partir les coagula. Suivant la nature et l'intensité de l'inflammation, l'exsudation sera plus ou moins abondante,

d'où l'aspect très variable de l'humeur aqueuse. Troublée à sa partie déclive dans la *forme séreuse*, elle devient très trouble dans la *forme plastique*, complètement opaque dans la *forme croupeuse* de Alt. Elle peut contenir du pus (forme purulente) ou du sang (forme hémorrhagique).

c) Injection périkératique :

Quel que soit le contenu de la chambre antérieure, on observe toujours autour de la cornée, dans le tissu scléro-tical, sous la conjonctive bulbaire, un cercle de vaisseaux radiés, formant une véritable couronne ; ils émergent de la profondeur tout autour de la cornée, ils sont rectilignes et ont une coloration rosée qui tranche sur la coloration bleuâtre des vaisseaux conjonctivaux ; lorsque l'injection conjonctivale cache le cercle périkératique, qui est fixe, on peut le mettre en évidence par la simple pression digitale, à travers la paupière, qui vide les vaisseaux de la conjonctive, qui eux sont mobiles. Ce cercle est d'ailleurs plus ou moins prononcé : complet le plus souvent, on le trouve quelquefois interrompu sur plusieurs points ; d'autres fois, il est réduit à un simple aspect rosé ou livide de la sclérotique, qui persiste également après la compression digitale.

L'aspect trouble de l'iris et de la pupille, la paresse ou l'abolition des mouvements pupillaires et l'injection périkératique décèlent à coup sûr l'iritis. Ces désordres, lors même qu'ils seront peu marqués, deviendront évidents par la comparaison de l'œil malade avec l'œil sain.

2° *Signes secondaires :*

a) Altérations de la conjonctive :

L'injection conjonctivale fait rarement défaut dans l'iritis : elle est caractérisée par l'absence d'exsudation muqueuse ou muco-purulente. L'intensité de la conjonctivite varie suivant les cas et si, le plus souvent, quelques faisceaux vasculaires sont seuls congestionnés, il arrive dans les cas de suppuration du véritable chémosis, avec de l'œdème des paupières et quelquefois même des abcès sous-conjonctivaux (Trousseau).

b) Altérations cornéennes :

La cornée reste le plus souvent intacte au milieu de tous ces désordres ; on peut cependant observer le dépoli de sa surface ; dans la forme séreuse, on remarque à l'éclairage oblique un ***pointillé fin*** sur sa surface profonde : il est formé par des amas cellulaires accolés à la membrane de Descemet.

B. Signes fonctionnels et physico-fonctionnels.

a) Douleur.

Un œil atteint d'iritis est douloureux spontanément, le malade ressent une sensation de picotement, de brûlure ou des élancements ; la pression digitale, la lumière exagèrent la douleur ; la chaleur et le froid la calment momentanément. Les douleurs circumorbitaires sont fréquentes : elles se manifestent par une sensation de pesanteur, de déchirement au-dessus du sourcil, dans la joue, le long de la mâchoire inférieure. La douleur manque totalement dans les cas rares où le bord pupillaire est seul enflammé. L'inflammation ne retentit pas alors sur les procès ciliaires.

b) Photophobie, larmoiement :

Ils sont les corollaires obligés de toute inflammation aiguë du globe.

c) Champ visuel, acuité visuelle :

La vision est troublée par la non-transparence des milieux ; son exploration ne donnera aucun renseignement précis, le trouble pouvant siéger dans les parties profondes (papille ou corps vitré).

C. Signes généraux.

Ils tiennent à la maladie causale : il n'entre pas dans le cadre de notre sujet de décrire les symptômes concomitants qui peuvent dépendre d'une infection aiguë : rhumatisme articulaire aigu, pyrexies diverses ; d'une infection chronique : syphilis, rhumatisme chronique, goutte ; d'une diathèse : le diabète, l'albuminurie.

L'iritis peut être la première manifestation de ces affections ou alterne avec d'autres manifestations de même nature.

D. Évolution.

Débutant en général assez brusquement, elle suit le plus souvent une marche chronique ; après une durée mal déterminée, quinze jours à un et deux mois, elle peut guérir avec ou sans synéchies persistantes ; celles-ci sont la cause de récidives nombreuses, qui finissent par abolir toute vision : l'œil devient mou et s'atrophie. L'iritis est souvent mono-latérale ; le second œil peut rester complètement indemne ou il se prend à son tour quelque temps après le premier.

III

Diagnostic différentiel.

L'iritis, malgré ses caractères si tranchés, est confondue fréquemment avec les maladies de l'œil les plus diverses.

A. Irido-choroïdite, irido-cyclite.

La différenciation entre l'iritis d'une part et l'*irido-cyclite* et l'*irido-choroïdite* d'autre part, nous semble difficile, sinon inutile ; entre elles, il n'y a que des différences de degré, et nous rencontrerons tous les intermédiaires entre l'inflammation torpide du bord pupillaire et l'infection suraiguë de l'appareil uvéal tout entier.

B. Choroïdite aiguë.

La *choroïdite aiguë* ne se manifeste guère physiquement que par son retentissement sur le corps ciliaire et l'iris. Elle peut cependant rester plus ou moins longtemps isolée et se révèle par des douleurs profondes et l'abaissement rapide de l'acuité visuelle : c'est un diagnostic d'exclusion.

C. Glaucome.

L'iritis, avons-nous dit, peut, dans certains cas, simuler le glaucôme. Il est certain qu'entre l'iritis et une attaque aiguë de glaucôme, il ne sera pas permis d'hésiter : le glaucômateux, âgé généralement de 40 ans et plus, a depuis quelque temps déjà senti faiblir sa vue d'une façon progressive ; souvent le matin au réveil ou dans la soirée, il a vu comme un brouillard devant les yeux qui le rend presque aveugle momentanément ; il a pu avoir également des atteintes plus accentuées, mais passagères du côté de son œil : une sensation pénible de plénitude, avec cécité et irradiations douloureuses, l'œil restant d'ailleurs parfaitement normal dans l'intervalle de ces petits accès.

Dans ces conditions ou bien sur un œil absolument sain en apparence, le glaucômateux a été pris, sans cause appréciable, d'un accès terrible, de douleurs intolérables s'irradiant sur la moitié de la tête, enlevant tout repos et provoquant des vomissements très pénibles. Le malade se présente avec un œil dur comme un caillou, insensible à la lumière. La conjonctive est injectée, chémotique, baignée de larmes ; la cornée est dépolie au centre. L'iris est aussi légèrement injecté, la pupille est *dilatée*, bien *régulière*,

ronde, à bord net, ne se contractant pas sous l'influence de la lumière. La surface pupillaire envoie un reflet verdâtre particulier. Ce tableau clinique montre que le diagnostic s'imposera le plus souvent : il est cependant des cas où la confusion peut se faire et elle a été faite par des ophtalmologistes éminents.

Mackenzie, qui écrivait à une époque où le glaucôme était déjà bien connu, parlant de l'iritis arthritique, goutteuse, chez des malades ayant dépassé la cinquantième année, dit avoir observé, lors d'une première attaque, la contraction de la pupille droite et dans une attaque subséquente, *la dilatation de la pupille gauche.* « J'estime, continue Mackensie, que cette différence tenait à ce que la pupille avait conservé sa sensibilité dans le premier cas, tandis que, dans le second, il y avait amaurose. »

Et plus loin nous lisons : « D'autres fois, la maladie attaque un œil qui est déjà amaurotique, de sorte que l'on a la combinaison de l'amaurose avec l'inflammation arthritique. » Il n'y a pas de doute que dans ces cas il ne se soit agi d'attaque aiguë de glaucôme primitif ; d'ailleurs Mackenzie affirme que ces yeux finissent par devenir glaucomateux. Beer faisait la même confusion.

Il est des circonstances où l'erreur se commet avec facilité.

1° Dans l'attaque aiguë de glaucôme l'iris est souvent très congestionné, ses vaisseaux se gonflent, deviennent même variqueux ; l'iris est alors changé de couleur, la pupille peut paraître plutôt étroite et le bord pupillaire épaissi et irrégulier. Dans ces cas, le tonus de l'œil acquiert une grande importance, la brusque apparition, dans la nuit souvent, de douleurs immédiatement intolérables, les vomissements, la limpidité de l'humeur aqueuse au moins au début, la cécité plus ou moins complète doivent empêcher l'erreur ; d'ailleurs, le cercle périkératique, s'il existe, est peu marqué ; la pupille, qui semble rétrécie, est un peu plus dilatée que celle de l'œil sain et, le plus souvent, la chambre antérieure est aplatie, l'iris venant presque au contact de la cornée.

2° Dans le courant d'une iritis on voit quelquefois survenir une exagération du tonus : l'on peut croire au développement d'un glaucôme d'autant qu'avec le tonus exagéré correspond une pupille peu sensible et dilatée généralement par des instillations antérieures d'atropine.

Et d'abord, il est tout à fait exceptionnel que le glaucôme survienne dans le courant d'une iritis. Il lui succède quelquefois, mais il garde ses caractères propres. Dans l'iritis l'hypertonie s'explique par l'usage de l'atropine, l'hypersécrétion momentanée de l'humeur aqueuse, ou bien par le ralentissement de sa résorption dans l'angle irien embarrassé de leucocytes. Il est alors indiqué de vider le trop plein par des paracentèses de la chambre antérieure et de poser une ou deux ventouses à la tempe.

Disons enfin qu'iritis et glaucôme ont une manière de se comporter toute différente en présence des médicaments : le glaucôme qui s'améliore rapidement sous l'influence des myotiques (ésérine, pilocarpine), s'aggrave par les mydriatiques (atropine), à tel point que les douleurs arrachent des cris au malade. L'iritis subit une influence inverse et si l'ésérine appliquée par erreur ne produit pas une aggravation brusque, en quelque sorte tragique, comme l'atropine dans le glaucôme, elle aide à la formation des synéchies, à l'obstruction complète de la pupille et prépare la ruine de l'œil.

D. Conjonctivites.

La confusion est plus fréquente encore entre l'iritis et les conjonctivites : souvent l'iritis est légère, les douleurs peu intenses, le cercle périkératique incomplet et l'on ne voit dans l'œil au premier examen que l'inflammation conjonctivale insignifiante qui accompagne l'iritis : il suffit d'en être averti. L'erreur inverse est faite plus souvent : on pense à l'iritis dans les cas d'infection aiguë de la conjonctive avec ou sans chémosis, où les douleurs aiguës font craindre une lésion profonde du globe. Que la conjonctivite soit granuleuse ou rhumatismale, catarrhale ou goutteuse, on a généralement les deux yeux atteints ; la conjonctivite blennorrhagique, ordinairement unilatérale chez l'adulte, a des caractères trop frappants pour tromper. Dans toute conjonctivite, il existe rapidement une exsudation muqueuse, muco-purulente ou purulente même qui manque dans l'iritis. Le cercle périkératique fait défaut, la cornée n'est pas touchée, l'humeur aqueuse est limpide. L'iris de coloration normale présente une pupille nette, régulière, sensible à la lumière. Nous avons enfin remarqué dans les conjonctivites aiguës un *anneau blanc* sclérotical entourant la cornée et tranchant sur le rouge de la conjonctive bulbaire formant autour de lui un bourrelet saillant. On doit porter son attention sur l'iris dans tous les cas d'inflammation aiguë externe du globe : il a tendance à s'infecter soit par imbibition simple des substances toxiques à travers la cornée, soit plus fréquemment par l'infection directe à travers une plaie. Si la chambre antérieure perd sa transparence, on peut par précaution instiller l'atropine.

E) Kératite ulcéreuse.

Dans toute lésion ulcéreuse de la cornée, l'iritis pourra survenir et l'examen méthodique de l'iris sera d'autant plus difficile qu'il existera souvent des opacités cornéennes, de l'hypopyon. Dans ces cas, il faut surtout s'en rapporter à la mobilité plus ou moins grande de la pupille sous l'influence de la lumière ; si la pupille est paresseuse ou immobile on sera certain de l'existence de l'iritis.

IV

Diagnostic étiologique. — Variétés.

Quand on a reconnu l'iritis, il faut, pour instituer un traitement rationnel, connaître la cause qui l'a produite. On admet aujourd'hui que toute iritis est infectieuse. Le sang ou la lymphe apportent à l'iris l'agent irritatif, microbe ou toxine, qui a envahi l'économie et qui trouve dans l'iris un lieu de résistance moindre, préparé par la fatigue, la lumière vive, un traumatisme, le froid. Chaque variété d'infection imprime à l'iritis une symptomatologie et une marche un peu particulière et, après avoir énuméré les principales causes d'infections, il sera utile, croyons-nous, de décrire quelques formes d'iritis que l'on rencontre tous les jours dans la pratique. Les causes d'auto-infection, mises en lumière par Bouchard, sont extrêmement multiples ; le tube digestif en est le point de départ fréquent et Mackenzie a fait ressortir le fait que, chez les goutteux, l'iritis ne survient qu'à l'époque où ces malades sont atteints de constipation, flatulence, renvois acides, etc. L'urèthre, la vessie, l'utérus (forme catamé-

niale de Trousseau, forme métritique de de Weeker), la surface pulmonaire (irido-cyclite tuberculeuse) peuvent servir de voie d'infection. Dans les grandes diathèses, le rhumatisme, la goutte, le diabète et l'albuminurie, on pourrait bien souvent trouver une infection secondaire. Quoi qu'il en soit, on rencontre le plus souvent en clinique l'une des formes suivantes :

1° Iritis rhumatismale plastique aigue :

Cette variété a les allures d'une phlegmasie franche, tous les phénomènes sont accentués, le tonus s'exagère souvent. Elle a une grande tendance aux récidives et alterne fréquemment avec des manifestations articulaires. On peut y rattacher la forme goutteuse qui survient chez des personnes âgées et offre quelques caractères particuliers : les vaisseaux conjonctivaux et iriens sont variqueux ; une sécrétion mousseuse blanche s'accumule dans le grand angle de l'œil.

2° Iritis syphilitique plastique subaigue :

a) Chez l'enfant. — L'iritis est quelquefois le premier symptôme de la syphilis héréditaire ; elle apparaît vers le troisième mois et très vite la pupille s'obstrue, la chambre antérieure, la cornée, le cristallin s'opacifient, l'œil se ramollit et se perd pour la vision.

b) Chez l'adulte. — La syphilis acquise atteint l'iris dans la période secondaire et se manifeste par une réaction marquée ; ou bien dans la période secondo-tertiaire et alors la réaction manque presque totalement ; l'iris se couvre d'excroissances cuivrées, la pupille devient ovoïde, les douleurs peu vives le jour, s'accentuent dans la nuit.

Cette forme récidive rarement. D'autres manifestations syphilitiques accompagnent souvent cette variété.

3° Iritis blennorrhagique séreuse :

Se caractérise par le début brusque, le pointillé profond de la cornée, son alternance fréquente avec l'écoulement de l'urètre et sa réapparition à chaque nouvelle blennorrhagie ; elle atteint successivement les deux yeux.

4° Iritis suppurative, septicémique :

L'agent virulent vient ici de l'utérus (puerpéralité), du foyer d'une fracture compliquée ou de tout autre lieu de suppuration ; le microbe extrêmement virulent produit vite une véritable panophtalmie dont la gravité est fatale. Les phénomènes congestifs et douloureux atteignent ici le maximum. Tout cesse à la perforation de la cornée et la sortie du bourbillon.

5° Forme traumatique, cornéenne :

Tout trauma septique, toute ulcération cornéenne avec et même sans perforation, peuvent provoquer l'iritis qui se complique ordinairement d'hypopyon.

A côté de ces formes classiques il en est d'autres, et nombreuses, qui varient suivant le degré de l'infection, la virulence de l'agent septique et le terrain offert par le malade.

Le sphincter irien seul peut être atteint et sans aucune réaction (forme insidieuse, Panas). L'infection peut avoir son siège principal dans le corps ciliaire et s'étendre plus ou moins à l'iris (cyclite tuberculeuse des enfants, ophtalmie sympathique). Chez des personnes prédisposées les vaisseaux iriens peuvent se rompre et donner lieu à des hémorrhagies (forme hémorrhagique), sans aucune gravité d'ailleurs ; l'hypohéma n'est qu'une simple complication ; le sang se résorbe en peu de jours et peut se reproduire plusieurs fois dans le cours d'une iritis, quelle qu'en soit la nature.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La déclaration obligatoire des maladies épidémiques.

(Rapport présenté à la Société de Médecine de Paris.)

Quand l'arrêté ministériel du 23 novembre dernier a rendu exécutoires les dispositions de l'article 15 de la récente loi sur l'exercice de la médecine et mis ainsi en vigueur la déclaration obligatoire des maladies épidémiques par les médecins, tout en reconnaissant l'utilité d'une loi sanitaire ayant pour but de prévenir les épidémies ou de les éteindre, sitôt connues, dans leur foyer initial, nous avons fait des réserves sur la manière dont les prescriptions de l'article 15 seraient accueillies et exécutées par le corps médical. Les protestations n'ont pas tardé, en effet, à se produire, et l'une des Sociétés médicales les plus anciennes, car elle est à la veille de célébrer son centenaire, la Société de Médecine de Paris, s'est faite l'initiatrice et est devenue le centre de ces protestations.

A la suite d'une discussion improvisée, dans laquelle plusieurs des praticiens des plus autorisés avaient apporté leurs doléances, M. Doléris fut chargé de condenser, dans un rapport préparatoire, les principaux arguments émis et de faire ressortir les points qu'il serait utile de soumettre à un examen plus approfondi. Notre savant confrère s'empressa de remplir son mandat et, sur les conclusions de son travail, une commission fut nommée pour étudier, peser avec soin les objections diverses que soulève la loi nouvelle, en présenter et surtout en justifier la critique.

Cette commission, composée de MM. Abadie, Ladreit de Lacharrière, Perrin, de Ranse, Edmond Wickham et Doléris, rapporteur général, se mit immédiatement à l'œuvre. Elle se subdivisa en trois sous-commissions chargées d'étudier respectivement la question : 1° au point de vue scientifique ; 2° au point de vue social ; 3° au point de vue professionnel, et résuma les résultats de cette triple étude dans des conclusions générales qui ont été adoptées par la Société de Médecine de Paris. Mais la Société ne s'est pas arrêtée là : désireuse, dans l'intérêt général comme au point de vue professionnel, de poursuivre et d'obtenir la revision de l'article 15 et de l'arrêté ministériel qui le complète, elle a décidé de réunir en une brochure les divers rapports qui lui ont été présentés sur la question, et d'envoyer cette brochure, en sollicitant leur adhésion, à toutes les Sociétés médicales de France. Il va sans dire qu'elle a compté aussi sur le concours de la Presse médicale et qu'elle espère obtenir celui des médecins faisant partie du Parlement.

Au point de vue scientifique, le rapport établit que la classification des maladies épidémiques dont la déclaration est obligatoire est mal conçue et mal justifiée. C'est qu'on est parti d'une fausse idée sur la genèse habituelle des épidémies. Les maladies à contagion diffusible et à extension rapide qu'on a visées principalement sont relativement rares. Le plus souvent, c'est dans des conditions climatériques ou telluriques spéciales jointes à des conditions hygiéniques mauvaises, telles que l'encombrement, l'adultération des eaux potables, etc., qu'il faut chercher l'origine des épidémies. Il en est ainsi pour la plupart des épidémies de fièvre typhoïde, pour certaines épidémies cholériques, comme celle qui a sévi il y a deux ans dans la banlieue nord de Paris. Or, en pareil cas, ce ne sont pas les mesures d'isolement et de désinfection appliquées individuellement aux malades qui empêcheront la maladie de se propager, et la déclaration obligatoire qui conduit à ces mesures est d'une utilité plus que contestable. C'est à la cause même de l'épidémie, c'est-à-dire à la mauvaise

qualité des eaux potables et aux autres conditions défectueuses d'hygiène publique qu'il faut s'attaquer et remédier.

D'autre part, la liste des maladies dont la divulgation est obligatoire comprend l'infection puerpérale et l'ophtalmie purulente, qui n'existent pas à proprement parler à l'état épidémique et ne se comportent pas autrement que les autres maladies septiques : l'érysipèle, la gangrène, etc., qui ne figurent pas sur la liste. Dans tous ces cas, on sait que le médecin, en soutenant les forces du malade et en désinfectant avec soin tout ce qui émane de lui, fait de la prophylaxie efficace : que viendrait faire l'administration?

Au point de vue de la défense sociale contre les contagions et les épidémies, l'administration, comme les médecins traitants, ne peut mettre en œuvre que deux sortes de moyens : l'isolement de l'individu contagionné et la destruction de tout élément contagieux provenant de lui. Mais, pour l'application de ces moyens, qu'il s'agisse de l'isolement et de la désinfection à domicile ou du transfert du malade à l'hôpital ou dans un lazaret, la loi nouvelle tend à substituer à l'autorité morale et persuasive du médecin l'action coërcitive de l'administration. Or, l'arbitraire de cette intervention ne peut que contribuer, dans bien des cas, à frapper le moral du malade et à diminuer sa force de résistance. La protection des uns ne doit pas entraîner le mépris de la vie des autres. La conciliation est loin d'être impossible. « Avec le médecin comme intermédiaire consentant, reconnu responsable, tout devient aisé et généralement réalisable; sans le médecin, il n'y a plus d'action charitable, efficace, légitime. Tout se borne à des règlements vexatoires ». La divulgation par le carnet n'est donc pas un procédé nécessaire.

Au point de vue professionnel, le rapport démontre :

« 1° Que la loi du 30 novembre 1892 porte une atteinte réelle à l'indépendance et à la dignité professionnelle du médecin;

» 2° Qu'elle est, quoi qu'on en ait dit, en opposition formelle avec l'obligation légale du secret professionnel (article 378 du Code pénal);

» 3° Qu'elle crée, dans la pratique, des difficultés dont le médecin ne peut sortir qu'en transigeant avec son devoir ou en sacrifiant ses intérêts;

» 4° Que c'est d'ailleurs bien gratuitement qu'elle proclame la responsabilité du médecin en lui donnant une sanction pénale, car le contrôle pouvant conduire à cette sanction sera le plus souvent des plus difficiles, sinon impossible ;

» 5° Que, au lieu d'utiliser, pour les mesures prophylactiques, le concours des médecins, elle tend à limiter leur initiative et va ainsi à l'encontre du but poursuivi. »

Comme conclusion de cette longue et consciencieuse étude, la Société de Médecine de Paris demande, non la suppression, mais la revision de l'article de loi concernant la déclaration obligatoire des maladies épidémiques par les médecins traitants.

Nous ajouterons que, pour cette revision, on trouvera une occasion toute naturelle dans la prochaine délibération relative à la loi sanitaire qui est à l'étude depuis déjà longtemps. La déclaration des maladies contagieuses a même bien plus logiquement sa place dans cette loi que dans celle qui a trait à l'exercice de la médecine. On a voulu aller trop vite et l'on a imposé des mesures avant d'en rendre l'application possible par l'organisation des services publics d'hygiène. Espérons que la protestation de la Société de Médecine de Paris fixera sur ce point l'attention du gouvernement et celle du législateur.

Dr F. de Ranse.

A L'ÉTRANGER

AMÉRIQUE

Traitement chirurgical de l'empyème.

Les médecins et chirurgiens réunis au congrès de Washington ont longuement discuté le traitement chirurgical de la pleurésie purulente. Les notions nouvelles, que la bactériologie a fournies à l'étude de l'empième, ont changé singulièremant les conditions de l'opération chirurgicale en modifiant les indications.

M. Ashhurst (de Philadelphie) s'entoure de toutes les précautions avant de se décider à la pleurotomie. Ce n'est que lorsque la thérapeutique médicale, vésicatoires et révulsifs divers ont échoué, lorsqu'à la suite d'une ponction évacuatrice le pus s'est reproduit rapidement, que l'intervention prend le premier rang. Cependant, lorsque les phénomènes de gêne thoracique, dyspnée, douleur pongitive, semblent menacer immédiatement, le chirurgien choisit la pleurotomie comme intervention d'urgence.

Le drainage, le drainage double principalement, a toutes les faveurs de M. Ashhurst. Les drains passent, l'un par la plaie de la pleurotomie; l'autre, par une contre-ouverture faite au niveau du cul-de-sac diaphragmatique. Par ce système de drains, on fait des lavages avec l'eau bouillie ou légèrement antiseptique. Quand le poumon revient vers la paroi, on supprime d'abord le drain supérieur, et assez longtemps après le drain inférieur.

Quant à l'opération d'Estlander, indiquée lorsque le poumon reste rétracté, elle est le plus souvent suffisante. Il est rare qu'il y ait lieu de recourir aux larges résections.

M. Prewitt n'est guère partisan des demi-mesures, du moins chez les adultes. En effet, on voit souvent l'empyème guérir à la suite de ponction simple chez l'enfant, tandis que ce résultat ne s'obtient guère chez l'adulte. Il est bon de remarquer que cela tient à la fréquence des formes pneumococciques chez l'enfant.

M. Willard (de Philadelphie) se montre adversaire des lavages pleuraux : le drainage est le plus souvent suffisant.

Quant à la résection costale au cours de l'empyème, elle est généralement nécessaire chez l'enfant.

M. Roswell Park (de Buffalo). — Pour la première fois, au cours de cette discussion, on entend différencier les différentes formes d'empyèmes. Les unes, dit M. R. Park, sont de véritables abcès aigus et, comme tels, guérissent par la simple évacuation. Il en est ainsi des empyèmes à streptocoques et à staphylocoques.

D'autres, véritables abcès froids sous la dépendance du bacille de Koch, ne peuvent céder que par la pleurotomie, avec drainage et souvent résection costale. Les autres méthodes appliquées aux abcès froids peuvent aussi être employées dans ces cas : tels sont le grattage à la curette, les cautérisations au chlorure de zinc. Ce sont des méthodes violentes, mais pouvant dans certains cas données devenir des procédés d'urgence.

M. Richardson (de Boston) répudie l'assimilation des empyèmes aux abcès. En effet, ici les parois sont rigides et ne tendent nullement à s'accoler au point que l'opération de Schéde est souvent nécessaire.

M. Mac Lane Tiffany (de Baltimore) insiste avec raison sur la fréquence des infections pneumococciques graves chez l'enfant. Chez l'adulte, le type associé est le plus ordinairement celui qu'on rencontre.

Les lavages de la cavité sont nécessaires dans les empyèmes fétides qui relèvent généralement du streptocoque. L'empyème staphylococcique ne les nécessite pas. Aussi est-il fortement recommandé de s'assurer avant l'opération de la nature bactériologique du pus.

De l'hémostase dans la désarticulation de l'épaule.

M. Keen (de Philadelphie) a pratiqué deux fois la désarticulation de l'épaule par le procédé de Wyeth. Voici le manuel opé-

ratoire : Wyeth emploie deux broches ou épingles de 30 centimètres de longueur ayant le diamètre d'une sonde n° 20.

L'une de ces épingles est enfoncée un peu en dedans du milieu de la paroi antérieure de l'aisselle, de façon que sa pointe ressorte au sommet de l'épaule à 2 cent. 1/2 en dedans de la pointe de l'acromion ; la seconde épingle est enfoncée de même dans la paroi postérieure et ressort également à 2 cent. 1/2 de la pointe acromiale. Alors en enserre l'aisselle avec un tube de caoutchouc, placé en dedans des épingles qui l'empêchent de glisser.

La désarticulation faite on lie les vaisseaux à blanc, et, lorsqu'on a enlevé le tube et les épingles, il ne reste que fort peu de vaisseaux à lier.

La seule précaution à prendre est de bien faire ressortir les épingles au point indiqué sans quoi la ligature peut glisser en bas et former ainsi, par accollement des parois antérieure et postérieure, une cavité où l'hémorrhagie peut se produire.

C'est, comme on le voit, une application de la méthode des broches, telles qu'on les emploie dans les hystérectomies abdominales avec traitement externe du moignon.

Intoxication par l'opium chez les enfants. — Le permanganate de potasse antidote de la morphine.

La *Société médicale de New-York* à plusieurs reprises a entendu diverses communications sur les empoisonnements par l'opium et ses dérivés.

Chez les enfants, il est assez fréquent, aux Etats-Unis, d'administrer, en vue d'obtenir le sommeil, des préparations opiacées dont on ne se défie pas.

M. Fisher a constaté dans ces conditions plusieurs faits d'empoisonnement. Les symptômes en sont très nets : une diarrhée abondante, une insomnie constante, oligurie, ictère dans les formes graves, pouls fréquent et petit, accélération de la respiration, voilà ce qu'on constate le plus souvent.

En l'absence de soins, le coma se déclare et l'enfant meurt.

Le grand danger ici est justement la forme anormale suivant laquelle est administré le poison, qui prend, suivant les cas, les noms de sirop contre les accidents de la dentition, de préparation anti-diarrhéique.

Si le médecin est appelé à temps, il peut, en supprimant l'opium et en administrant quelques excitants et toniques, sauver l'enfant.

M. Moor, au mois de mars, présentait à la Société les conclusions de ses recherches expérimentales sur l'emploi du permanganate de potasse comme antidote de la morphine.

La première constatation faite fut celle-ci : les sels de morphine sont décomposés lorsqu'on les met en présence d'une solution de permanganate de potasse.

Administrant alors à un animal une dose physiologique de morphine, M. Moor constata que le sommeil ne se produisait pas si on faisait absorber à l'animal après la morphine une faible quantité d'une solution de permanganate à 1/2000.

Il déduisait de ces expériences le pouvoir antitoxique du permanganate de potasse vis-à-vis de la morphine.

Ces expériences répétées dans plusieurs laboratoires réussirent également, mais il leur fallait le contrôle de la clinique.

Dernièrement, **M. Gregg** est venu apporter trois observations très probantes.

Un homme adulte ayant ingéré une dose considérable de morphine présentait tous les symptômes d'un empoisonnement très grave. On lui fit absorber 60 grammes d'une solution de permanganate de potasse à 1/1000. On compléta le traitement par plusieurs injections sous-cutanées. La guérison fut rapide.

Deux autres cas graves furent également traités par des injections hypodermiques de permanganate de potasse et cela avec un plein succès.

ALLEMAGNE ET AUTRICHE-HONGRIE

Traitement des suppurations pelviennes.

La Société de médecine de Berlin a, dans plusieurs séances recentes, mis à son ordre du jour l'étude des suppurations du petit bassin et leur traitement. Elle a d'abord entendu M. **Landau**.

Faisant d'abord une classification étiologique, M. Landau a groupé les suppurations pelviennes sous différents chapitres : gonorrhée, accouchement ou avortement, infection par le médecin.

Le médecin infecte souvent la malade lorsqu'il touche le col après un curettage, ou encore lorsqu'il fait une injection intra-utérine. Cette dernière a en effet pour résultat de pousser dans la trompe et de là dans la cavité péritonéale les germes infectieux agglomérés au fond de l'utérus. La proscription des injections intrautérines devrait donc être presque absolue, sauf dans les cas où l'infection utérine semble prédominante.

Entrant ensuite dans l'étude des procédés opératoires, M. Landau insiste sur quelques modifications qu'il apporte aux méthodes usuelles.

C'est ainsi que, pour permettre aux incisions des culs-de-sac vaginaux de rester béantes, il extirpe la partie voisine du col utérin.

Un fait clinique assez important est signalé aussi dans cette communication : c'est la disproportion entre le phénomène douleur et la gravité dans les salpyngites suppurées. C'est ainsi qu'au début de l'affection, alors que la collection est petite, la compression intratubaire détermine des phénomènes douloureux très intenses qu'on ne retrouve plus après l'éclatement de la trompe et la dissociation de ses faisceaux musculaires quand la collection a augmenté de volume ; on sait bien cependant que ces grosses poches suppuratives influencent considérablement le pronostic et rendent les interventions beaucoup plus graves.

Si on se base uniquement sur les chiffres de mortalité, il semble que l'ablation des trompes est une opération bénigne, puisque 2.87 0/0 seulement des opérés ont succombé, — mais on doit reconnaitre que la moitié seulement ont retiré un bénéfice sérieux de l'action chirurgicale.

La fréquence des récidives dans le moignon salpyngien vient en effet assombrir le pronostic. C'est pour cela qu'à l'exemple de beaucoup de chirurgiens français, M. Landau s'est décidé à faire par la voie vaginale l'ablation de l'utérus et des annexes.

M. Veit craint de voir l'hystérectomie supplanter complètement la laparotomie dans le traitement des suppurations pelviennes.

Il essaie de faire des classes permettant de préciser le mode d'intervention à choisir.

Pour lui les salpyngites doubles sont justiciables de la laparotomie aussi bien que de l'hystérectomie.

L'extirpation lui semble inutile dans les cas où la trompe reste perméable.

Elle est mal indiquée dans les grossesses tubaires qui peuvent guérir et permettre une conception ultérieure.

L'hystérectomie reste le traitement de choix dans les pyosalpynx qui, adhérant aux viscères ou aux parois des cavités voisines, menacent de se rompre ou de s'évacuer à l'extérieur. L'exploration est beaucoup plus facile dans la laparotomie et cette dernière méthode doit être plus généralement adoptée que l'hystérectomie.

M. Korte est partisan des procédés plus simples. Le drainage par le vagin lui semble applicable à la majorité des cas. Dans certaines formes où le résultat n'est pas suffisant, on aura recours à l'extirpation.

M. Mackenrodt est un adversaire déclaré de l'hystérectomie. Il lui reproche de ne permettre qu'un examen superficiel et d'exposer à la blessure de l'intestin. Il ne l'emploie que comme pis-aller, là où tous les autres procédés doivent échouer.

M. Dührssen reste avec M. Landau partisan de l'hystérectomie.

Traitement du cancer de la vésicule biliaire par les couleurs d'aniline.

Depuis plusieurs années, **M. Von Mosetig** a communiqué un certain nombre de fois les résultats obtenus par lui-même, par les médecins autrichiens et étrangers dans la cure des néoplasmes, par les matières tinctoriales à base d'aniline.

Il présentait dernièrement à la Société des Médecins viennois une malade âgée de 50 ans, chez laquelle il avait traité un épithélioma biliaire par les couleurs d'aniline.

En 1885, cette femme commença à ressentir par périodes et irrégulièrement de violentes douleurs dans l'hypochondre droit. Ces douleurs offraient le caractère de coliques hépatiques et s'accompagnaient d'une légère teinte subictérique de la peau. Les accès duraient plusieurs jours.

L'intensité des crises douloureuses, leur réapparition de plus en plus fréquente, déterminèrent la malade à solliciter une thérapeutique active.

Au mois de février, elle fut adressée à M. Von Mosetig. A ce moment, les notes de l'observation portent qu'elle était très amaigrie. Les téguments et la conjonctive présentaient la teinte ictérique. Au niveau de l'hypochondre existait une tumeur dure, arrondie, adhérente aux parois, et semblant s'enfoncer sous forme d'un prolongement large vers la cavité abdominale. Son adhérence aux téguments l'empêchait de suivre les mouvements respiratoires. On conclut à une dilatation de la vésicule avec calculs. Quant à la nature de la lésion originelle, elle restait douteuse.

De fait, l'opération permit d'entrer dans le vésicule où se trouvait accumulée une bouillie jaunâtre, plus consistante à la périphérie où la masse adhérait aux parois. On put aussi extraire un calcul.

L'examen histologique a précisé le diagnostic dans le sens d'épithélioma. La bile réapparut rapidement dans la vésicule et sortit au dehors par l'orifice maintenu béant. Vingt jours plus tard la fistule était fermée, la poche rétractée.

Pendant tout ce temps on introduisait dans la fistule un crayon de violet de méthyle : ce pansement était renouvelé tous les trois ou quatre jours. En même temps, la malade ingérait chaque jour soixante centigrammes de bleu de méthylène.

Or, sous l'influence de ce traitement, non seulement l'état local s'améliora au point qu'il devint impossible de retrouver les traces de la tumeur, mais l'état général remonta très rapidement : les douleurs disparurent, l'appétit se manifesta dès les premiers jours et le sommeil se rétablit.

M. Von Mosetig termine sa présentation en rappelant les succès obtenus par ce traitement par MM. Schulze, Wassiliew, Boldt, etc., etc. En s'en tenant aux doses habituelles, on n'a pas à redouter, ainsi qu'on l'avait craint, l'apparition des accidents toxiques.

Immunité contre le choléra.

Les études de Pottenkofer ont montré que les bacilles cholériques peuvent traverser le tube digestif de certains individus sans déterminer le choléra. Bien plus, il s'est fait une action immunisan e.

Cherchant quel pouvait être le mode d'immunisation, **M. Klemperer** a analysé soigneusement la composition chimique des cellules intestinales.

Il a pu ainsi reconnaître que le noyau renfermait une grande quantité de nucléine acide qui tue les bacilles cholériques.

De plus, les cultures faites sur la nucléine transforment les toxines cholériques et les atténuent en les rendant propres au rôle d'immunisants.

C'est ainsi que, chez quelques individus, peut s'expliquer l'immunité naturelle contre le choléra.

Le parasyte du cancer (*Centralblatt für die Medicinischen Wissenchaften*, 1894, n° 21; — Publication de Hirschwald, Berlin).

Le docteur **Van Niessen**, médecin à Wiesbaden, s'occupant depuis quelques années d'un ouvrage étendu sur la réaction des leucocytes de l'homme contre différents microorganismes pathogènes, a découvert, à l'occasion d'un examen de carcinome utérin, dans le sang du malade un mycélium qui, d'après l'auteur, serait appelé à jouer un rôle important dans la pathogénie du cancer. Il lui a donné le nom de cladosporium cancerogenes, ou simplement canceromyces. Les recherches du docteur Niessen et leurs résultats seront exposés plus longuement dans une communication qui sera faite ultérieurement à la *Gazette Médicale*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 juin.

Les homologues de la quinine.

M. Grimaux présente le résumé des travaux qu'il a faits en collaboration avec MM. Laborde et Boussu sur les homologues de la quinine : cupréine, quinéthyline et quinopropyline.

L'éther méthylique de la cupréine est identique avec la quinine; quant aux autres éthers, ce sont : la cupréine éthylique ou quinéthyline, la cupréine propylique ou quinopropyline, la cupréine amylique ou quinamyline.

La cupréine est inférieure à la quinine comme fébrifuge; la quinéthyline est au contraire supérieure et réussit où l'autre a échoué.

La quinopropyline est plus toxique, mais c'est un bon agent antithermique.

Composition qualitative des créosotes officinales de bois de hêtre et de bois de chêne.

M. Friedel, au nom de MM. A. Béhal et E. Choay. — Il résulte des travaux de ces auteurs que les créosotes de hêtre et de chêne sont identiques au point de vue qualitatif ; ce sont des mélanges très complexes où nous avons caractérisé et isolé :

Le phénol, l'orthocrésylol, le métacrésylol, le paracrésylol, l'hortho-éthylphénol, le métaxylénol 1. 3. 4, le métaxylénol 1. 3. 5, le gayacol, le créosol et l'éthylgayacol.

Indépendamment de ces corps, la créosote renferme, en petite quantité, des dérivés sulfurés, probablement des thiophénols, et aussi un corps différent du pittacalle, qui, sous l'influence de l'ammoniaque et de l'air, donne naissance à une matière qui se dissout en un bleu très intense dans les alcalis et qui vire au rouge par les acides.

Ces propriétés la rapprochent, jusqu'à un certain point, de l'orcéine, qui est un mélange, comme l'a montré M. Liebermann.

Sur la stabilité des dissolutions aqueuses de bichlorure de mercure.

M. Friedel, au nom de M. E. Burcker. — J'ai étudié la stabilité des dissolutions aqueuses de bichlorure de mercure, dans l'eau de source ordinaire, dans l'eau distillée.

De mes expériences, je me crois autorisé à tirer les conclusions suivantes :

1° Les eaux ordinaires, par les principes qu'elles contiennent, provoquent la décomposition immédiate du bichlorure de mercure, et cette décomposition continue sous l'influence combinée de l'air, de la lumière, ainsi que des principes minéraux et organiques contenus dans l'eau et amenés par l'air.

2° La décomposition commencée s'arrête, ou du moins devient insignifiante, lorsque la dissolution est soustraite à l'action de l'air et de la lumière.

3° Les dissolutions de bichlorure de mercure, préparées à l'aide de l'eau distillée pure, ne subissent que des décompositions insignifiantes, même lorsqu'elles restent exposées à l'air et à la lumière.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juin. — Présidence de M. Jules Rochard.

Anesthésie par un mélange de chloroforme et d'éther.

M. Laborde. — Je viens signaler à l'attention de l'Académie un nouveau procédé d'anesthésie qui consiste à employer un mélange de neuf parties de chloroforme pour une d'éther. M. Meyer a employé le premier ce mélange et l'a trouvé inoffensif. J'ai fait des expériences sur des animaux, ce qui m'a démontré que le pouvoir du mélange anesthésique est supérieur à celui du chloroforme et est, d'autre part, beaucoup moins dangereux. M. Périer, dans son service, en a fait usage et les résultats en ont été excellents.

Mort par le bromure d'éthyle.

M. Duplay lit un rapport sur un cas de mort par le bromure d'éthyle. Observation adressée par M. le docteur Suarez de (Mendoza.)

Il s'agissait d'une jeune femme qui, dès les premières inhalations, succomba à une syncope cardiaque. M. Suarez avait une grande habitude de cet anesthésique l'ayant déjà administré plus de 200 fois. Un cas analogue fut signalé dans le service de Billroth.

Le bromure d'éthyle peut donc tuer comme le chloroforme par syncope. Il importe de ne point négliger les précautions habituelles que l'on prend dans la chloroformisation.

De la mortalité infantile.

M. Vidal (d'Hyères) lit un rapport sur la diminution de la mortalité infantile dans le Var, depuis l'application rigoureuse des lois sur la protection de l'enfance.

La mortalité est tombée à 11.05 0/0, chez les nourrissons surveillés, tandis que celle des enfants restés sous la surveil ance paternelle est encore de 17 0/0. Cela tient surtout à ce qu'on a surveillé l'alimentation, puisque les morts par entérite sont devenues les plus rares.

M. Berger présente une malade chez laquelle il a pratiqué une restauration faciale par la méthode italienne.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 juin. — Présidence de M. Déjerine.

Nouvelle méthode de coloration des micro-organismes dans le sang.

M. H. Vincent. — Le procédé que je vais indiquer s'applique indifféremment à tous les micro-organismes contenus dans le sang; mais il rend particulièrement des services pour la recherche microscopique des bactéries qui ne prennent pas la coloration de Gram, ou des divers parasites, tels que l'hématozoaire du paludisme.

Notre procédé est fondé sur le principe suivant : les matières colorantes se fixent non sur le protoplasma des hématies, mais sur l'hémoglobine elle-même. Si donc on fait disparaître artificiellement ce dernier principe chromophile et qu'on fasse agir ensuite l'agent colorant, les globules sanguins, qui masquaient les bactéries, deviendront invisibles : seuls, les microbes demeureront colorés et ressortiront ainsi, sous le microscope, avec une grande netteté.

Parmi les divers dissolvants essayés, je me suis arrêté au liquide suivant qui n'altère pas la forme des hématies et ne laisse aucun dépôt ni aucune strie :

Solution aqueuse d'acide phénique à 5 0/0.	6 centim. cubes.	
Eau saturée de NaCl	30	—
Glycérine	30	—
Filtrer.		

Le sang, étalé en couche uniforme où même en couche épaisse lorsqu'on veut rechercher des microbes qui existent à l'état rare, est desséché lentement soit à la température ordinaire, soit à une très faible chaleur. On traite ensuite par le mélange ci-dessus qui dissout entièrement l'hémoglobine. Au bout d'une demi-minute à deux minutes, on égoutte, on lave à l'eau distillée et l'on colore à l'aide du bleu de méthylène phéniqué additionné de 1 à 2 0/0 d'une solution aqueuse de violet de méthyle.

La lithiase biliaire est-elle de nature microbienne ?

MM. A. Gilbert et S.-A. Dominici. — Depuis qu'en 1886, M. Galippe a signalé la présence de micro-organismes dans les calculs biliaires, la question de l'origine microbienne de ces concrétions est demeurée pendante.

Aussi, n'avons-nous pas jugé inutile d'entreprendre des recherches sur ce sujet.

Nous avons examiné au point de vue bactériologique les calculs de six individus.

Dans deux cas, où la lithiase était de date récente, par la coloration et la culture, nous avons pu reconnaître l'existence de microbes au centre des calculs.

Dans deux cas, où la lithiase était d'ancienne date, nos examens sur des lamelles colorées et nos ensemencements sont demeurés négatifs.

Dans un cas, où la lithiase était également ancienne, nos ensemencements sont demeurés négatifs, mais sur des lamelles colorées, nous avons pu reconnaître l'existence de formes microbiennes.

Enfin, dans un cas où, à côté des calculs anciens, existaient des calculs récents, les premiers nous ont fourni des résultats négatifs, les seconds, au contraire, des résultats positifs, par l'examen sur des lamelles et par l'ensemencement.

Dans les cas où les ensemencements se sont montrés positifs, les germes développés appartenaient à l'espèce coli-bacillaire.

Ces résultats sont passibles de deux hypothèses :

On peut supposer, d'une part, que la formation des calculs a précédé leur envahissement par les bactéries, ce qui expliquerait la fertilité des calculs récents pourvus des canalicules décrits par Naunyn et Brucking, et la stérilité des vieux calculs. Cette hypothèse est d'autant moins négligeable que, dans les cas où les calculs contenaient le coli-bacille, la bile était infectée par le même germe.

On peut supposer, d'autre part, que l'infection bacillaire par le coli bacille a représenté le fait initial duquel a découlé la cholécystite lithogène.

C'est à cette seconde hypothèse que nous nous rallions et nous pensons que le fait dans lequel les calculs ensemencés demeurèrent stériles, quoique montrant encore sur des lamelles colorées des formes microbiennes reconnaissables, lui apporte un sérieux appui.

Le microbe lithogène étant chez nos malades le bacille d'Escherich, le grand envahisseur des voies biliaires et l'agent habituel de la cholécystite et de l'angiocholite suppuratives (Gilbert et Girode), il est probable qu'à ce germe revient la première place dans la production de la lithiase biliaire, mais il est probable aussi que son rôle n'est pas exclusif et que notamment le bacille d'Eberth, à qui l'on doit la cholécystite suppurée dont peut se compliquer la fièvre typhoïde (Gilbert et Girode, Dupré) est également l'agent de la lithiase biliaire dont cette maladie est fréquemment suivie.

Nous avons tenté de vérifier expérimentalement cette théorie microbienne de la lithiase biliaire, et dans ce but nous avons injecté, dans la vésicule de trois chiens, des cultures de bacille d'Eberth et dans la vésicule d'un chien des cultures de bacille d'Escherich.

Parmi les animaux inoculés avec le bacille d'Eberth, le premier a succombé au bout d'un mois avec une cholécystite suppurée et une pneumonie double.

Le second a succombé au bout de trois mois, sans lésions vésiculaires, avec une magnifique endocardite végétante des valvules mitrale et tricuspide.

Le troisième a été sacrifié au bout de trois mois, ainsi que l'animal inoculé avec le coli bacille ; leur autopsie n'a montré aucune lésion.

Nous nous proposons de poursuivre ces tentatives en nous plaçant dans de nouvelles conditions d'expérience.

Toxité du sérum du sang de l'homme sain.

MM. Mairet et Bosc (de Montpellier). — La dose moyenne du sérum du sang normal de l'homme, injecté dans l'oreille du lapin, nécessaire pour tuer 1 kilogr. de lapin, est d'environ 15 cc. Cette dose est plus faible que la dose mortelle de sérum du sang de chien, qui est d'environ 21 cc.

A cette dose, l'injection intra-veineuse chez le lapin provoque généralement la mort presque immédiate ou très rapide, avec dyspnée, accélération des battements du cœur et mouvements convulsifs ; lorsque l'animal ne succombe pas immédiatement, on constate de l'inquiétude, de la résolution musculaire et enfin des accidents convulsifs terminaux. A l'autopsie, on trouve une forte congestion de tous les viscères, parfois des ecchymoses sous-pleurales, de la distension du cœur droit et, presque toujours, un thrombus dans l'artère pulmonaire.

Le sérum humain agirait donc en provoquant la coagulation du sang chez l'animal auquel il est injecté.

Poisons urinaires.

M. Roger. — Les auteurs, qui ont cherché à séparer les poisons urinaires, ont eu recours à des procédés cliniques. J'ai pensé qu'il serait préférable d'employer la dialyse ; on ne risque pas ainsi de modifier ou d'altérer les matières organiques.

J'ai reconnu ainsi que les matières qui traversent la membrane du dialyseur (sels minéraux, urée, matières colorantes, etc.) ne sont pas toxiques. Celles qui restent sur la membrane sont de deux à dix fois plus toxiques que l'urine totale : leur injection amène un état comateux, accompagné souvent de diarrhée et d'hémorrhagie et se terminant par la mort au bout de quelques heures.

L'urine renferme donc des principes extrêmement actifs, qui ne dialysent pas et dont l'action est neutralisée par les substances qui dialysent. Si, en effet, on réunit les liquides que la dialyse a séparés, on obtient un mélange qui n'est pas plus actif que l'urine en nature.

L'emploi de la dialyse m'a encore permis de reconnaître que l'urine contient plusieurs substances thermogènes et plusieurs substances hypothermisantes. Les matières qui ne traversent pas le dialyseur ont surtout la propriété d'abaisser la température ; l'hypothermie peut atteindre 6 et 7° ; les matières qui dialysent sont généralement thermogènes ; elles élèvent la température de 1 à 1°5.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juin. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Antisepsie et asepsie.

M. Terrier. — M. Schwartz nous a présenté dans la dernière séance, au nom de M. Forgues (de Montpellier), un appareil destiné à stériliser les pansements et instruments par la vapeur d'eau. C'est à peu de chose près l'appareil de Schimmelbüch.

Je crois que si le principe est bon pour les instruments, il n'en va pas de même pour les objets de pansements qui demandent à être stérilisés sous pression.

Je ne crois pas que ces procédés qui ne donnent que l'asepsie soient applicables à la chirurgie de guerre, surtout aux formations sanitaires de premier rang : postes de secours, ambulances. Dans ces organisations l'antisepsie est seule suffisante, l'asepsie est illusoire.

J'ai fait, pour étayer mon opinion, une série d'expériences en faisant porter de l'eau à l'ébullition dans les marmites en fer qui se trouvent dans les fournitures militaires. D'abord, j'ai cherché combien de temps il fallait pour porter à l'ébullition 4 à 5 litres d'eau, en se servant comme chauffage d'une part, d'un fourneau à gaz, et, d'autre part, des feux de bois tels qu'on les pratique en campagne avec un foyer de pierres ou de briques.

Avec un fourneau à gaz, l'ébullition se produit, pour 4 litres, au bout de 17 minutes ; pour 5 litres, au bout de 22 minutes.

Avec le feu de campagne, les chiffres correspondants sont 30 et 35 minutes.

Si dans l'eau on ajoute 50 tampons ou 15 compresses, le résultat est identiquement le même.

D'autre part, mon élève, le Dr Repin, a, sur ma demande, fait d'autres expériences à l'Institut Pasteur. Elles lui ont permis de constater que si l'ébullition sur le fourneau à gaz commençait au bout d'une vingtaine de minutes, il fallait attendre encore 25 minutes pour que la masse de l'eau soit tout entière à la température d'ébullition, c'est-à-dire aux environs de 100°.

Rien que l'ébullition de l'eau, sur un fourneau à gaz, c'est-à-dire dans d'excellentes conditions de chauffage, demande 45 minutes. Mais les tampons mis dans l'eau et laissés pendant 65 minutes dans cette eau bouillante ne sont pas tous stériles. Ce qui fait, pour n'obtenir qu'un résultat d'asepsie incomplète, près de 2 heures.

Quant aux fils, soies et crins de Florence, ils sont stérilisés après 30 minutes d'ébullition, si on a soin de les dérouler. S'ils sont mis sur bobines dans l'eau bouillante ils sont encore septiques après 65 minutes d'ébullition.

L'eau du filtre Chamberland elle-même n'est stérile qu'après une heure d'ébullition.

Dès lors, il est facile de comprendre combien cette asepsie, déjà difficile dans les services organisés des hôpitaux, serait impraticable dans les formations sanitaires de campagne surtout dans les formations de l'avant.

Traitement des fractures par la suture.

M. Routier. — Je partage absolument l'avis que M. Nélaton a émis dans son rapport de la dernière séance, quant à ce qui regarde les fractures des clavicules de l'humérus et du fémur.

Je suis, d'autre part, très partisan de la suture immédiate pour certaines fractures du 1/4 inférieur de la jambe, celles qui disloquent l'articulation du cou-de-pied et que nous savons difficiles à bien guérir. Il est évident que la conduite est différente suivant le moment où on est appelé près du blessé. Si l'accident est récent, la réduction et la contention sont le plus souvent possibles. Mais si la facture a déjà plusieurs jours de date et qu'on ne puisse arriver à rédnire et à contenir, je crois que la suture est indiquée.

M. Schwartz. — J'admets les restrictions faites au sujet de la suture de la clavicule fracturée par M. Nélaton. La suture pour les fractures de la partie moyenne doit être rarement indiquée. Mais pour certaines fractures de l'extrémité externe où l'os facile à réduire ne peut être contenu, pour ces fractures, qui ressemblent tant à des luxations, où la clavicule se réduit et se relève comme une touche de piano, la suture est bonne. J'ai eu occasion d'appliquer une fois ce traitement, et le malade a guéri très rapidement. Les fonctions du membre étaient parfaites.

M. Delorme. — Les fractures de jambe sont presque toutes réductibles et coercibles si on a soin de chloroformiser le blessé et de lui appliquer un appareil inamovible ou amovo-inamovible, permettant de faire l'extension.

M. Monod. — Au mois d'octobre dernier, entrait dans mon service un homme présentant une fracture du fémur à sa partie moyenne. On lui mit l'appareil de M. Hennequin. Trente jours plus tard, quand on le retira, il n'y avait pas trace de consolidation. On mit un plâtre : trois mois après la consolidation n'était pas effectuée. Je le laissai un mois sans appareil et aucune tendance à la guérison ne se manifestant, je pensai à faire la suture. M. Hennequin m'en dissuada. Il réappliqua lui-même son appareil avec une extension de 2 kilog., qui graduellement fut portée

à 6 kilog. Le raccourcissement de 6 centimètres disparut en 10 jours et, 59 jours après, la consolidation était effectuée. Dans ce cas cependant, on aurait pu ne rien attendre de la nouvelle immobilisation sans intervention.

D'autre part, dans deux cas de pseudarthrose, la suture ne m'a donné aucun résultat.

En présence des excellents résultats des appareils de M. Hennequin, même dans les fractures compliquées ; eu égard d'autre part à l'absence de pseudarthroses constatées dans mon service, je répudie la suture osseuse. En tous cas, je préférerais les chevilles d'or ou d'ivoire dans les fractures de jambes. M. Hennequin applique actuellement l'extension continue aux fractures de jambes. Bien que son appareil soit imparfait, ses résultats sont déjà très remarquables.

M. Quénu. — Il importe de ne pas confondre la consolidation avec la réduction et la contention. Lorsque des fractures bien réduites et bien maintenues ne se consolident pas, il n'y a rien à attendre de l'extension continue. Dans ce cas, j'ai recours aux chevilles qui réunissent les fragments. mais aussi excitent la formation du cal, en irritant les éléments médullaires.

M. Peyrot. — A côté des cas où la difficulté de réduction tient à l'interposition de faisceaux musculaires ou apénévrotiques, il en est d'autres où elle semble due à l'insertion de faisceaux musculaires sur les fragments, ainsi que je l'ai observé dans trois cas de pseudarthroses.

M. Michaux. — Il se rencontre aussi des fractures où, malgré tous les soins, on arrive à amener une consolidation vicieuse. Dans trois cas, j'ai trouvé des fractures comminutives où les fragments de tous volumes étaient disposés en tous sens. Dans ces cas, je suis intervenu pour enlever les petites esquilles, redresser les gros fragments, coapter et immobiliser, mais en laissant la plaie ouverte et bourrée de gaze iodoformée, sans faire de sutures. Les résultats ont été des meilleurs.

M. Lucas-Championnière. — A mon avis la discussion a dévié. Ce qui importe, et c'est là le point principal du rapport de M. Nélaton, c'est de savoir si ce nouveau facteur, la suture, va permettre une réparation plus facile et plus rapide. J'en suis convaincu pour ma part, surtout dans les fractures où nous sommes habitués à obtenir de mauvais résultats, certaines fractures de jambes surtout.

M. Roux a eu, dans ses observations, des périodes de réparation un peu longues. Peut-être cela tient-il à une technique défectueuse. J'ai fait dernièrement pour une fracture du fémur, outre la suture des fragments, un enroulement des fils constituant une virole métallique, et c'est à cela que j'attribue le brillant résultat obtenu chez ce blessé qui était un vieillard.

Je n'ai jamais dans les pseudarthroses trouvé ni interposition de faisceaux musculaires ni d'insertions comme celles dont nous a parlé M. Peyrot, mais toujours des cals misérables et petits.

M. Nélaton. — Je n'ai parlé que des fractures incoercibles ou très difficiles à réduire. Or, MM. Quénu et Delorme me répondent que cela n'arrive que s'il y a interposition musculaire et que ce fait est très rare. Je n'en sais rien, mais dans quatre observations sur six de M. Roux et dans la seule qui me soit personnelle, cette interposition a été constatée.

M. Monod vient dire que la consolidation est possible avec l'interposition. Oui, mais quelle consolidation !

J'en reste donc aux termes de mon rapport, réservant la question de la suture à l'exemple de M. Monod. Mais tant que les appareils extenseurs de M. Hennequin ne seront pas parfaits, nous réserverons aussi la question de l'extension continue.

M. Peyrot présente une enfant chez laquelle la canine gauche supérieure, évoluant de bas en haut, s'est venue s'ouvrir dans la narine gauche.

M. Th. Angen a trouvé dans une tumeur de la joue une dent de sagesse de la mâchoire supérieure, évoluant aussi racines en bas.

R. Marmasse.

LES LIVRES

Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Des peurs maladives ou phobies, par le Dr G. Gélineau. In-8° carré, VIe volume de la Bibliothèque générale de Physiologie. Prix : 3 fr. 50.

Jusqu'à présent les diverses Phobies observées par les auteurs avaient été regardées comme une dépendance de la Neurasthénie, comme un des symptômes les plus bizarres de cette affection protéiforme et il n'était venu à la pensée de personne de leur attribuer une place à part dans le cadre des Névroses.

Le Dr Gélineau s'est le premier attaché à démontrer dans son livre que les Phobies sont loin d'être toujours les vassales ou les filles de la Neurasthénie et il s'attache à énumérer les différences qui les séparent. En arguant de leur irréfutable essentialité, il réclame pour elles, en terminant, une place à part dans la classe des Névroses.

Cette étude, la plus complète qu'on ait jusqu'ici présentée sur les Phobies, très fouillée, remplie d'aperçus originaux, sera bien accueillie par tous ceux qui s'occupent des maladies nerveuses. Bien des pages rappelleront aux praticiens certains types rencontrés jadis, qu'on taxait de bizarrerie et qui n'étaient pas autre chose que des malades non classés jusque-là !

Le Dr Gélineau réussira-t-il à élever les Phobies au rang auquel il aspire pour elles ?.... Nous l'ignorons, mais nous serions tentés de le croire en lisant les arguments serrés et les observations intéressantes qu'il invoque à l'appui de leur essentialité !

Ajoutons, car c'est la vérité, que peu de livres de médecine sont d'une lecture aussi agréable ; malgré la sévérité du sujet, l'aridité est bannie de ces pages qui démontrent bien, qu'ici, le praticien est doublé d'un érudit !

Catéchisme maternel, par le Dr Degoix, vice-président de la Société d'Hygiène de l'Enfance, rédacteur en chef du journal *Le Petit Médecin des Familles*, officier de l'Instruction publique ; avec une préface de M. le Dr Monin, secrétaire général de la Société française d'Hygiène, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique. Dix-neuvième volume de la petite Encyclopédie médicale, collection in-18 raisin, cartonnée à l'anglaise, 3 francs.

Combien de jeunes femmes arrivent à la maternité sans posséder aucune notion des devoirs qu'elles vont avoir à remplir ! C'est pour apprendre aux femmes l'art d'être mères, que l'auteur a écrit ce Catéchisme médical, ce livre de poche, où elles trouveront immédiatement, dans un style clair et concis, toutes les connaissances qui leur sont utiles.

La première partie comprend l'hygiène de l'enfant depuis sa naissance jusqu'à la fin de sa première dentition : toilette du nouveau-né, bains, habillement, berceau, allaitement maternel, choix d'une nourrice, lait, biberon, bouillies, sevrage, dentition, etc.

Mais la maladie peut fondre sur ce petit être si délicat qu'est l'enfant. Aussi, sans avoir la prétention d'apprendre à la mère à se substituer au médecin, l'auteur, désirant qu'elle n'ignore rien des dangers qui menacent sa faible progéniture, cherche-t-il à l'instruire suffisamment pour reconnaître le mal, le combattre si possible, en un mot, devenir un auxiliaire du praticien.

C'est dans ce but que la deuxième partie du Catéchisme maternel comprend la description des maladies auxquelles sont d'ordinaire sujets les enfants en bas âge, avec l'indication du traitement le plus facile à appliquer en attendant le médecin.

Toutes les mères sont égales devant la maladie et la douleur, c'est donc à toutes les mères que s'adresse ce catéchisme, car toutes les mères n'ont qu'un désir, conserver et perfectionner la vie de leurs enfants.

Les névropathes à Bagnères-de-Bigorre, par le Dr Gandy.

Chez O. Doin, 8, place de l'Odéon et chez L. Péré, place de Strasbourg, à Bagnères-de-Bigorre.

65e Année. 9e Série. Tome I   N° 26   30 Juin 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

L'orgeolet.

Par M. Ripault, interne des hôpitaux.

L'orgeolet, ce petit furoncle qui naît à la base des cils, semble à peine digne à première vue d'appeler un instant l'attention ; cependant, comme il donne lieu de temps à autre à de grossières erreurs de diagnostic, qu'il est surtout pour certains malades et leur médecin une source d'ennuis véritables, nous voulons en rappeler ici les points un peu intéressants, utiles à bien connaître.

ETIOLOGIE

L'orgeolet peut apparaître brusquement chez un sujet dont les paupières et la conjonctive sont tout à fait saines ; il s'agit alors d'une inoculation purement accidentelle, ayant toutes chances de rester isolée ; mais d'ordinaire on trouve des paupières en plus ou moins mauvais état : le malade est porteur d'une blépharite aiguë ou déjà ancienne ; les bords palpébraux sont rouges, excoriés, épaissis, sièges de vives démangeaisons ; les cils sont agglutinés entre eux, manquant par places ; de superficielle, l'infection gagne en profondeur vers la zône glandulaire ; si l'on n'y veille d'assez près, l'affection peut se prolonger fort longtemps ; simultanément on observera dans certains cas des lésions des glandes de Meibomius : petites traînées jaunâtres saillantes sur la conjonctive nettement enflammée à leur niveau ; de petits chalazions apparaîtront à un degré plus avancé encore, à leur sommet se montrera même l'orgeolet ; enfin cette blépharite furonculeuse, quand elle se limite à la paupière inférieure surtout, sera parfois en rapport avec une de ces conjonctivites lacrymales si souvent méconnues, décrites par Galezowski en particulier ; au praticien d'être en éveil et de diriger ses soins de ce côté.

Il apparaîtra aussi par poussées dans des yeux atteints de conjonctivites ou de kérato-conjonctivites strumeuses, qu'elles évoluent pour leur propre compte ou secondairement à une rougeole ; les enfants, comme certaines grandes personnes d'ailleurs, s'y exposent d'autant plus facilement qu'ils ont contracté la mauvaise habitude de se frotter énergiquement les paupières le matin au réveil et fréquemment dans la journée pour combattre les démangeaisons ; ce sont autant d'inoculations forcées en quelque sorte.

Les vices de réfraction occasionnent aussi le « compère Loriot » par la blépharo-conjonctivite dont ils s'accompagnent d'autant plus volontiers qu'ils ne sont pas ou sont mal corrigés ; d'autre part, le port de lunettes, de pince-nez, l'usage même des loupes, la pratique du microscope, par les frottements, le heurt incessant de la zône ciliaire provoquent des séries inexpliquées d'orgeolets.

Certaines professions exposent particulièrement par l'irritation oculaire dont elles sont l'origine : poussières de moulin, de graines, de charbon ; on doit cependant reconnaître qu'à *toutes* ces causes éminemment prédisposantes la plupart restent réfractaires.

C'est qu'ici, comme en tout point de pathologie, la question de terrain général domine toute autre ; lympathiques, strumeux, de par leur tempérament et surtout leurs inflammations conjonctivales faciles, sont très prédisposés ; l'apparition d'orgeolets répétés chez un adulte, indemne jusqu'alors, devra faire penser à un diabète latent fort possible, divers praticiens ayant su en tirer parti à plusieurs reprises (Badal....).

Des femmes et des jeunes filles seront atteintes presqu'à chaque période menstruelle ; d'autres fois, ce sera un incident suite de couches ; l'infection sexuelle est le point de départ incontestable.

Enfin, la diathèse furonculaire pourra ne pas plus épargner les glandes sébacées ciliaires que celles quelconques du reste de l'économie ; on saura en être prévenu et instituer une thérapeutique appropriée, toujours utile.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Elle est absolument calquée sur celle de tout furoncle, ce qui nous dispense de toute redite oiseuse et sans intérêt aucun.

SYMPTOMATOLOGIE

Début absolument brusque par une cuisson, une démangeaison plus ou moins vive, ne trompant guère ceux qui y sont habitués, et portant à se gratter malgré soi; bientôt apparaît une petite douleur comparée à une piqûre d'épingle.

En regardant alors, on voit au bord libre d'une des deux paupières, en un point quelconque, une zône rouge qui devient foncée, et en même temps se surélève et se distend. Les mouvements de clignement sont très désagréables et rendus plus difficiles; si l'on touche cette petite surface enflammée, on provoque une douleur vive et subite, contre laquelle la patient se défend instinctivement; spontanément sensations bien moins accentuées, fort pénibles et gênantes toutefois le soir ou à l'occasion d'un travail un peu appliquant.

L'élément douleur, provoquée du moins, nous y revenons à dessein, est capital pour le diagnostic dont il constitue l'élément constant; on la met en évidence facilement, en tous les cas, en promenant successivement un corps mousse quelconque tout le long du bord libre; on éveille ainsi en une région invariable une sensibilité exquise et pathognomonique, alors même qu'aucune saillie ne serait déjà nettement appréciable.

Au bout de trois à quatre jours habituellement, le malade accuse, avec de fréquents chatouillements, une tension vive, accompagnée de petits élancements paroxystiques annonçant la suppuration; la tumeur proémine plus nettement, on aperçoit à son sommet aminci un petit point jaune caractéristique; ce pus s'évacue bientôt, et le soulagement est immédiat si l'on a extrait par pression le contenu de la poche sous-forme d'un petit bourbillon contenant des éléments cellulaires sphacélés; très rapidement tout se cicatrice, s'affaisse et rentre dans l'ordre; à côté de cela le furoncle peut se résorber, avorter.

La tumeur tend-elle franchement vers la face cutanée, elle sera moins douloureuse, accompagnée de moindre réaction que si elle proémine vers le bord libre où elle s'étrangle, ou bien vers la conjonctive si prompte à s'œdématier et à se congestionner.

Les phénomènes généraux sont nuls ou à peu près; parfois un peu de malaise et d'anorexie, quand il existe une véritable poussée furonculeuse; pas de fièvre véritable, quelques frissonnements tout au plus.

Cette description si simple et classique s'applique à la grande majorité des cas, mais pas à tous; aussi voulons-nous insister un peu et mettre en relief certaines petites particularités, insuffisamment connues des praticiens étrangers à l'oculistique, et donnant lieu par suite à de grosses et fâcheuses erreurs de diagnostic qu'on eut dû éviter avec un peu d'attention; de tels faits sont même loin d'être aussi exceptionnels qu'on serait porté à le croire: de Wecker dit avoir été appelé plusieurs fois pour des ophtalmies purulentes qui n'étaient que de simples orgeolets; tout récemment, un malade de notre maître, M. Chevallereau, fut l'objet de sérieuses discussions de la part des assistants; l'on alla jusqu'à émettre l'opinion de chancre induré de la conjonctive, tant était prononcé et limité le gonflement induré de la paupière atteinte.

Par suite de la laxité extrême du tissu des paupières, de la supérieure en particulier, l'inflammation banale et si bien circonscrite de la glande ciliaire s'accompagnera rapidement d'une tuméfaction énorme, effrayante même à première vue; la peau distendue rougit, se violace même (sans se sphacéler); tout est fort douloureux; il devient difficile, surtout par la résistance du malade, de relever la paupière pour chercher l'état du globe.

La peau de la tempe peut participer jusqu'à un certain point à cet état inflammatoire; le ganglion pré auriculaire devient douloureux au palper, il se tuméfie vite et est nettement appréciable, même volumineux; l'erreur devient encore plus permise, sinon excusable.

La conjonctive souvent est à peine injectée, la sécrétion presque nulle; mais d'autres fois inflammation muqueuse intense, violacée, durant jusqu'à l'ouverture de l'abcès, pouvant même persister, en décroissant, quelque temps après; chémosis, indépendant ou associé, ordinairement médiore, et assez bien limité au voisinage de l'orgeolet, mais d'autres fois tendant à se généraliser, faisant presque hernie entre les paupières, lorsqu'on tend à les écarter; quelle nouvelle source d'erreurs, surtout s'il s'y joint de la photophobie et quelques sécrétions, rarement un peu abondantes il est vrai, et jamais franchement purulentes, comme dans une ophtalmie!

Enfin, au lieu de se bien limiter, le foyer suppuratif peut s'étendre et gagner une étendue plus ou moins considérable; l'induration est manifeste et dépasse largement la zône des cils; il forme un véritable abcès phlegmoneux d'une des paupières; et quand s'en évacue spontanément ou par intervention le contenu, on est étonné du bourbillon parfois énorme qui s'élimine par le petit orifice; la guérison, même dans ces cas plus complexes, ne se fait jamais attendre longtemps, et elle survient sans sphacèle, ni complication notable.

EVOLUTION

L'orgeolet peut être unique et absolument éphémère; mais telle n'est pas la règle: d'ordinaire on en rencontre deux et même plusieurs à des degrés de développement différents, sur une seule paupière ou les deux à la fois.

Souvent on observe une série ininterrompue de ces petits furoncles qui tourmentent le malade pendant des semaines et des mois; ces récidives constituent le principal ennui et inconvénient de cette affection qui peut être rebelle à tous les moyens employés, aussi longtemps surtout qu'on ne s'est pas attaqué à la cause et qu'on n'a pas su modifier le terrain; cette ténacité est pénible pour tous ceux qui ont à se livrer à des études, à des travaux de cabinet, et aux jeunes filles dont les bords palpébraux présenteront à la longue un épaississement et une rougeur, demandant des semaines avant de disparaître. Quand la tumeur avorte, la récidive est surtout, on peut le dire, inévitable.

Non seulement l'orgeolet prédispose à des poussées nouvelles; mais par oblitération de conduits glandulaires il peut occasionner des chalazions et même de petits kystes sébacés de la région; enfin les cils peuvent tomber par places et ne point repousser; ce qui nous explique les ennuis qu'une affection si simple donne aux malades et la leur font redouter.

DIAGNOSTIC

L'existence de la petite induration inflammatoire, et à son défaut la constatation d'une douleur locale bien précise suffisent amplement à l'établir; mais nous avons vu

qu'il existe, comme l'a dit M. Trousseau dans ses cliniques, des cas délicats et embarrassants, surtout pour quiconque n'est pas suffisamment familiarisé avec les affections oculaires. Voyons donc avec quelles affeetions l'hésitation peut être permise, à examen superficiel tout au moins.

Le chalazion de l'angle interne est surtout trompeur quand il s'accompagne de rougeur et tuméfaction vives, et de larmoiement par déplacement du point lacrymal : dans la dacryocystite suppurée, le larmoiement est de date déjà ancienne ; la pression peut faire refluer un liquide caractéristique par les points lacrymaux : enfin la sensibilité est beaucoup plus diffuse, et l'on a la ressource d'une injection exploratrice par le point lacrymal (Galezowski) ; les symptômes locaux de l'érysipèle sont beaucoup plus étendus ; le bord net fait rarement défaut ; la réaction générale existe toujours, quand on la cherche ; dans un abcès de la paupière (pouvant d'ailleurs compliquer l'orgeolet), toute la paupière est nettement envahie, le bord palpébral est indemne d'autre part.

Le chalazion enflammé peut être parfois un peu délicat à distinguer, d'autant plus qu'ils peuvent coexister ; on se fonde alors sur la petite tumeur saillante sur la face conjonctivale surtout ; les antécédents... on peut d'ailleurs réserver son diagnostic précis un jour ou deux jusqu'à l'apparition du petit point jaune caractéristique. Qu'il nous suffise de rappeler les furoncles et petits kystes enflammés dont le siège est toujours un peu différent et éloigné du bord libre : enfin l'ophtalmie purulente qui n'a de commun avec l'orgeolet que la tuméfaction palpébrale, à proprement parler. Enfin, il ne faut jamais négliger le diagnostic causal, le plus utile à bien faire pour traiter convenablement son malade.

TRAITEMENT

Il consistera en applications de compresses antiseptiques répétées : puis, dès que le pus sera formé, on recourra à une incision à l'aide d'un petit bistouri ; une pression digitale légère aidera à la sortie du bourbillon : quelques compresses chaudes feront le reste.

Pour prévenir le retour de semblable accident autant que possible, on recommandera l'application de pommades antiseptiques tous les soirs le long des paupières, par exemple : vaseline, 5 grammes et oxyde jaune d'hydrargyre, 5 centigr. ; et des lavages tièdes matin et soir avec l'eau boriquée saturée ou le sublimé sans alcool à 10 centig. pour 500 grammes d'eau.

Le traitement préventif sera basé sur le diagnostic étiologique : on traitera la conjonctive et les voies lacrymales, les troubles de la réfraction ; le malade devra prendre des précautions spéciales (verres protecteurs, éviter de se frotter les yeux...) toutes les fois que sa profession, ses travaux l'exposeront à une action irritante quelconque, surtout s'il est sujet aux inflammations des paupières.

L'état général ne doit jamais être négligé, bien au contraire ; contre la diathèse furonculeuse : emploi des préparations alcalines (arséniate, bicarbonate de soude) et usage de l'eau de goudron (Hardy) ; contre le lymphatisme : toniques et préparations iodées ; enfin parfois un régime antidiabétique peut être utilement indiqué.

Le traitement doit donc être, non seulement curatif, et basé sur l'antisepsie de la région, mais encore et surtout préventif : prophylaxie locale et générale.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Par le Dr A.-F. Plicque, ancien interne des hôpitaux.

I. Traitement d'un accès d'asthme.

L'accès d'asthme, tout effrayant d'apparence qu'il soit, est en général plus pénible que grave. L'intervention thérapeutique restera donc assez modérée et les moyens d'ordre externe (fumigations, révulsions, inhalations) seront préférés aux médicaments internes.

Le malade prend ordinairement de lui-même les diverses précautions hygiéniques susceptibles d'atténuer l'accès : position demi-assise dans le lit ou dans un fauteuil, desserrement de tous les vêtements qui peuvent exercer la moindre constriction. Son besoin d'air frais est tel qu'il fait parfois ouvrir largement les fenêtres de sa chambre par les plus mauvais temps. Des précautions devront être prises pour éviter les refroidissements. Il importe que les malades, tout en étant débarrassés de tout vêtement gênant, soient suffisamment couverts. Dans les cas de dyspnée intense, la respiration peut être facilitée en donnant aux membres supérieurs un point d'appui qui facilite le jeu des muscles pectoraux, soit par des coussins placés sous les coudes, soit par une corde fixée au plafond et terminée par une base transversale que le malade peut saisir. Sydenham avait déjà signalé ce fait singulier que la lumière semble soulager les asthmatiques. Ils respirent mieux, ont une angoisse moindre dans une chambre bien éclairée.

De nombreux moyens ont été proposés pour faire avorter l'accès. Un des meilleurs consiste dans un large badigeonnage de la muqueuse nasale avec une solution de cocaïne. Le pinceau devra être introduit bien horizontalement aussi loin que possible. On emploiera la formule suivante :

Eau distillée	45 grammes.
Glycérine neutre	5 —
Chlorhydrate de cocaïne	1 —

Le titre au cinquantième de cette solution est suffisant dans l'asthme ordinaire. Dans l'asthme avec congestion pituitaire marquée *(hay fever)* Tissier a recommandé des solutions de cocaïne au dixième et même au cinquième.

Les formules de poudres, de papiers, de cigarettes antiasthmatiques sont extrêmement nombreuses. Les poudres, dont la vapeur ne renferme pas de papier brûlé, sont en général les meilleures. Voici la formule de la poudre antiasthmatique du Codex :

Poudre de nitrate de potasse	60 grammes.
— de belladone	àà 5 grammes.
— de stramoine	
— de digitale	
— de lobélie enflée	
— de phellandrie	
— de myrrhe	àà 10 —
— d'oliban	

Quelques malades sont soulagés en fumant un cigare un peu fort ou simplement en faisant brûler à côté un peu de tabac. Trousseau conseillait souvent de fumer dans une pipe un mélange de tabac et de feuilles sèches de belladone. On a préparé également des cigarettes de belladone, de jusquiame, de stramonium renfermant chacune un gramme de feuilles sèches. Les cigarettes antispasmodiques de Trousseau étaient faites avec des feuilles de datura arrosées, pour quinze grammes, d'un gramme d'extrait aqueux d'opium. Les cigarettes arsenicales renfermant environ 0 gr. 05 d'arséniate de soude par cigarette sont parfois une cause d'irritation dans les accès un peu intenses. Le papier nitré réussit bien dans quelques cas. Chaque malade finit,

à la longue, par connaître, entre ces diverses préparations, celle qui le soulage le mieux. Il y a là une expérience personnelle dont il faut tenir compte.

Les inhalations d'oxygène sont un bon palliatif, mais ne sont qu'un palliatif. L'iodure d'éthyle peut être inhalé à dose de X à XL gouttes sur un mouchoir. Par contre, les inhalations de chloroforme, de pyridine devront toujours être surveillées par le médecin lui-même. Le chloroforme ne sera donné qu'en très petites quantités. Pour la pyridine, on ne fera jamais d'inhalation directe. On placera, pour une chambre de vingt mètres cubes, quatre grammes de pyridine sur une assiette, au milieu de la chambre. Au bout de vingt minutes, d'une demi-heure au plus, l'assiette sera enlevée et la chambre aérée largement. Germain Sée a obtenu, par la pyridine, de nombreux succès.

Comme révulsifs, on emploiera surtout les ventouses, plus rarement les sinapismes et les cataplasmes sinapisés.

Comme traitement interne, les lavements à l'iodure de potassium (0 gr. 25 à 0 gr. 50), préconisés par Leguy, constituent un très bon moyen. Les différents antispasmodiques ont été de loin en loin préconisés. L'eau de laurier-cerise, la belladone, l'éther semblent avoir le maximum d'action Il est facile de les réunir dans la potion suivante :

Eau de tilleul	90 grammes.
Sirop d'éther	30 —
Eau laurier-cerise	10 —
Teinture de belladone	XL gouttes.

A prendre dans les vingt-quatre heures.

On devra se défier des potions à la lobélie qui causent parfois des vomissements. On ne dépassera pas pour la lobélie la dose de 2 grammes de teinture par vingt-quatre heures. L'acide oxalique très préconisé est un médicament trop dangereux pour le rein pour qu'on ne doive pas renoncer à son emploi.

Pendant toute la durée de l'accès, le malade se contentera de boire quelques boissons fraîches un peu acidulées, un peu de champagne. Dans les accès peu intenses, mais prolongés, on insistera pour qu'il prenne une quantité suffisante de lait.

Reste enfin, dans les accès tenaces, le moyen le plus immédiatement efficace, l'injection sous-cutanée de morphine. Ce moyen ne devra pourtant être employé qu'avec réserve, après échec des autres moyens. La dose devra être très faible ; chez les sujets non accoutumés, la première dose ne dépassera pas un demi-centigramme.

Bien que le diagnostic de l'accès d'asthme soit en général évident, on doit surtout, avant d'employer la morphine, examiner avec soin le diagnostic différentiel avec la dyspnée cardiaque et la dyspnée urémique. Dans ces deux affections, en effet, l'élimination rénale est défectueuse ; dans l'urémie surtout, l'emploi de la morphine pourrait être des plus dangereux. Le seul traitement réellement efficace est alors la saignée. Ce diagnostic offre donc une extrême importance.

II. Traitement d'un asthmatique dans l'intervalle des accès.

Le traitement même de l'accès d'asthme a été étudié précédemment, mais, dans l'intervalle des accès, pour les espacer et pour les atténuer le plus possible se présentent un certain nombre d'indications des plus importantes. Les principales sont fournies : 1° par la bronchite chronique et l'emphysème, lésions extrêmement fréquentes, sinon constantes chez les asthmatiques ; 2° par l'arthritisme, diathèse presque également constante ; 3° par certaines lésions locales, certaines susceptibilités individuelles qui jouent un grand rôle dans la production des accès.

Les deux médicaments qui semblent avoir le plus d'action sur l'élément bronchique et pulmonaire sont : d'une part, l'arsenic ; d'autre part, l'iodure de potassium. L'arsenic doit être donné à faibles doses longtemps continuées. On peut employer les granules de Dioscoride (un à chaque repas), la liqueur de Fowler (quatre à six gouttes avant le repas), la solution au 2,000ᵉ d'arséniate de soude :

Eau distillée	100 grammes.
Arséniate de soude	0 gr. 05 centigr.

donnée par cuillerée à café. — Mais l'action la plus puissante sera obtenue par les eaux arsenicales de la Bourboule et du Mont-Dore, employées sur place. Le traitement thermal est loin d'ailleurs d'agir uniquement par l'arsenic. Les eaux du Mont-Dore, bien que renfermant dix fois moins d'arsenic que les eaux de la Bourboule, ont une efficacité au moins égale, surtout dans l'asthme catarrhal.

L'iodure de potassium peut être employé alternativement avec l'arsenic, chaque médicament étant pris pendant un mois. Germain Sée, Dujardin-Beaumetz conseillent même le traitement ioduré indéfini. Germain Sée permet au malade de rester parfois un jour, mais jamais plus sans prendre d'iodure. La dose moyenne sera de 1 gr. 50 par jour. Cette dose sera augmentée et portée à trois et quatre grammes en cas de menace d'accès. Pour amener la tolérance de ce traitement ioduré indéfini, le médicament devra être donné, soit dilué dans une grande quantité de lait, soit dans de la bière ou du café au moment des repas. Des bains fréquents sont indispensables pour éviter les éruptions cutanées d'origine iodique.

Les balsamiques (baume de Tolu, goudron, térébenthine) seront utiles l'hiver surtout. Le baume de Tolu sera donné en pilules, associé à la poudre de Dower, parfois à l'iodoforme en cas de sécrétion bronchique abondante :.

Poudre de Dower	0 gr. 05 centigr.
Iodoforme	0 — 02 —
Baume de Tolu	0 — 10 —

Pour une pilule. Trois à quatre pilules par jour. Le goudron, la térébenthine seront surtout employés en inhalations. Les eaux sulfureuses et en particulier les Eaux-Bonnes, à dose d'un demi-verre additionné de lait tiède, sont également utiles contre le catarrhe bronchique.

Les frictions stimulantes (frictions sèches, frictions alcooliques, frictions térébenthinées) diminuent la susceptibilité au refroidissement. Contre l'emphysème, le seul moyen vraiment efficace est l'aérothérapie (bains d'air comprimé, bains avec inspiration dans l'air comprimé, expiration dans l'air raréfié).

Les asthmatiques sont presque toujours des arthritiques et des nerveux. En dehors de l'arsenic déjà indiqué, les antispasmodiques, la belladone, les sels de zinc pourront rendre chez eux des services. Les pilules de Méglin renfermant chacune 0 gr. 05 d'oxyde de zinc, d'extrait de valériane et d'extrait de jusquiame sont très actives. Une pilule par jour est ordinairement suffisante. Mais l'hygiène constitue le modificateur le plus puissant. On s'attachera avant tout à stimuler les fonctions de la peau. Les frictions, le massage sont souvent préférables aux douches, qui ne sont pas toujours bien supportées. Le choix du climat de l'habitation a aussi une grande importance. Si quelques asthmatiques se trouvent mieux d'un climat un peu humide (bord de la mer), la grande majorité exigera un climat tonique et sec, un appartement chaud, bien exposé au Midi. Les séjours d'hiver dans le Midi constitueront un des moyens les plus puissants en cas d'asthme catarrhal.

Le régime alimentaire sera particulièrement surveillé.

Huchard a bien montré le rôle que jouaient les toxines alimentaires dans nombre de dyspnées regardées comme étant d'origine asthmatique ou cardiaque. Le lait qui renferme le minimum de toxines, qui favorise l'élimination des toxines pré-existantes en activant la dépuration du rein, constituerait l'aliment idéal. Il est important que les asthmatiques, à défaut du régime lacté exclusif, prennent au moins un à deux litres de lait par jour. Au lait on ajoutera les œufs très frais, les légumes bien cuits et en purée, la viande très fraîche et surtout la viande blanche bouillie ou rôtie, les fruits, surtout les fruits cuits et le raisin, les fromages à la crème. Mais on interdira tous les aliments susceptibles de renfermer des toxines : charcuterie, conserves, poissons, coquillages, gibier faisandé, fromages avancés, bouillon même, quand il n'est pas fait avec de la viande très fraîche et sans os. En dehors de ces précautions alimentaires, on s'attachera à assurer l'antisepsie intestinale en luttant contre la constipation et, au besoin, en donnant par jour deux à quatre des cachets suivants :

Benzonaphtol	25 grammes.
Charbon de peuplier	15	—

Divisés en cinquante cachets.

Au point de vue de la prophylaxie des accès, la plupart des asthmatiques connaissent les principales causes occasionnelles : fatigues par un temps orageux, marche sous la pluie, odeurs du foin coupé, de certains parfums qui agissent sur eux et cherchent d'eux-mêmes à les éviter. C'est surtout par le traitement des diverses affections des fosses nasales qu'on peut, dans bien des cas, diminuer ou même supprimer les accès d'asthme. Sans doute ce rôle pathogénique ne doit pas être exagéré. Mais, dans bien des cas, il suffira de rechercher et de traiter des déviations, des exostoses ou des épines de la cloison, des hypertrophies de la muqueuse des cornets pour faire cesser des accidents réflexes pseudo-asthmatiques. Dans les cas de congestion et de varices de la pituitaire, les badigeonnages avec la solution de cocaïne ou d'antipyrine au dixième seront particulièrement utiles.

A L'ÉTRANGER

ANGLETERRE

Tschycardie grippale.

M. Sansom a entretenu la Société Royale de Médecine et de Chirurgie de Londres des nombreux exemples de troubles cardiaques observés à la suite des épidémies de grippe. Sur 100 cas relevés par l'auteur on note 23 cas de cardialgie, 37 cas de tachycardie, 25 d'arythmie, 5 de bradycardie et 10 de véritables lésions organiques.

La communication de M. Sansom ne porte que sur les troubles des deux premiers genres : cardialgies et tachycardies.

La douleur précordiale s'est montrée tantôt paroxystique, rappelant alors de plus ou moins près l'angine de poitrine, tantôt continue.

Son début a pu être assez violent pour déterminer de véritables syncopes. La syncope a d'ailleurs été plusieurs fois constatée en l'absence de tout phénomène douloureux.

L'hystérie, à laquelle plusieurs cliniciens avaient pensé, est certainement hors de cause ici ; on a, en effet, relevé les symptômes énoncés chez des hommes d'une constitution vraiment athlétique et qui avant l'infection grippale jouissaient d'une parfaite santé.

Les cas de douleurs continues coïncidaient souvent avec des palpitations. Les points les plus douloureux, les maxima offraient de nombreuses variantes, tantôt localisés à quelques espaces intercostaux, d'autres fois suivant les anastomoses avec le plexus brachial manifestement névrotique.

La cause de ces phénomènes ? L'auteur pense à une névrite probable d'un ou plusieurs des amas ganglionnaires du plexus cardiaque ; peut-être aussi quelquefois doit-on admettre des névralgies épileptiformes.

La quinine à haute dose, la morphine, les bromures, iodures, l'arsenic ont donné également de bons résultats, mais on est en droit de compter surtout sur les courants galvaniques faibles, suivant le trajet cervical du nerf vague.

La statistique du début de ce mémoire montre que le plus fréquent des troubles cardiaques d'origine grippale est la tachycardie.

Elle a déjà ceci de particulier que son apparition peut n'être notée que quelques mois après la disparition de la grippe.

Assez fréquemment, elle s'établit pour une longue période. Les battements du cœur s'améliorent sous l'influence de la moindre cause, et quelquefois sans cause appréciable.

Isolée quelquefois comme symptôme, la tachycardie peut d'emblée ou graduellement s'accompagner de quelques-uns ou de tous les phénomènes qui forment le syndrôme de la maladie de Graves ou de Basedow.

Le pneumogastrique est peut-être en cause dans l'apparition de ce symptôme, et alors on doit penser à un trouble qui diminue sa puissance modératrice.

D'autres fois, au contraire, on doit faire intervenir une excitation du grand sympathique ou des filets excitateurs, nés des ganglions.

Le traitement reste à peu près inefficace, sauf peut-être l'emploi des courants galvaniques sur le trajet du pneumogastrique.

M. Althaus. — Nos connaissances sur les complications éloignées des infections ne sont qu'ébauchées.

Il ne faudrait pas écarter *a priori* l'idée d'hystérie dans les cas dont parle M. Sansom, car bien que sa fréquence chez la femme soit incomparablement plus marquée, l'hystérie est assez souvent manifeste chez l'homme.

Au cours des troubles postgrippaux, le salicylate de soude a donné de bons résultats. Plus tard, il est recommandable d'employer la caféine associée à la phénacétine.

Tous ces phénomènes tardifs peuvent être imputés à des défauts d'innervation cardiaque ou à des troubles dynamiques bulbaires.

L'absence de vomissements permet de supposer que le pneumogastrique n'est pas en cause, du moins qu'il n'est pas lésé. On a constaté souvent de la glycosurie, de la polyurie, de l'albuminurie passagères qui autorisent à incriminer le bulbe.

Quant à la maladie de Graves, les physiologistes ont constaté qu'expérimentalement son syndrôme pouvait être produit par une lésion des corps restiformes. Il est vraisemblable qu'on a affaire non pas à une névrose, mais bien à une affection organique, puisque fréquemment encore on observe des cas de mort subite. Les malades atteints de cette affection sont susceptibles d'amélioration, mais pas de guérison.

M. Douglas Powell. — M. Sansom vient bien dire que plusieurs de ses malades avaient une constitution athlétique et que pour ce fait il écarte à leur sujet l'hypothèse d'hystérie. Or, athlète et hystérique peuvent se rencontrer. Un des plus beaux cas de paralysie hystérique constaté par M. Powell était justement chez un athlète.

Il serait intéressant de grouper dans un tableau, à propos de chaque malade, l'âge, le sexe, l'intervalle de bonne santé qui a séparé l'attaque de grippe des accidents éloignés.

M. Sansom se défend d'avoir voulu établir une opposition entre l'hystérie et la constitution athlétique. La nature non-hystérique des phénomènes observés trouve une explication suffisante dans l'absence complète de ces mêmes phénomènes avant l'attaque d'influenza.

Comme M. Althaus, il admet l'emploi du salicylate de soude,

mais seulement pendant les premiers jours de l'attaque de grippe. Plus tard le salicylate demande à être donné avec prudence.

Il croit fermement à la possibilité d'une guérison définitive du goitre exophtalmique. Dans les urines de ses malades il a trouvé de l'albumine pendant quelques jours et assez rarement, mais jamais de glycosurie.

L'azoturie a été notée quelquefois.

M. Williams a noté assez fréquemment de l'asthme bronchique.

M. Sansom n'en a pas relevé d'exemple, mais il a plusieurs fois constaté des altérations du type respiratoire, ce qu'il appelle la tachypnée.

Kyste du pancréas et diabète.

M. Churton vit, en novembre 1892, un homme de 35 ans, diabétique, porteur d'une tumeur volumineuse dans la région épigastrique. Le colon transverse sonore était séparé de l'estomac par la masse de la tumeur mate à la percussion. Les troubles dyspeptiques, existant depuis trois ans, se compliquèrent, pendant une attaque de grippe, de phénomènes péritonitiques. Le malade fut opéré : la laparotomie permit d'aborder le kyste en avant. On le ponctionna, puis on établit une contre-ouverture en arrière pour établir une fistule. La paroi antérieure de l'abdomen fut refermée immédiatement. Pendant quatre mois l'écoulement fut clair, puis redevint purulent. En septembre 1893, la fistule tarit et la tumeur reparut : le chirurgien agrandit la fistule et donna ainsi issue à une grande quantité de pus. Bien que plusieurs incisions fussent établies, le pus gagna les fosses lombaires et suivit les uretères. Le malade succomba 14 mois après la première intervention.

Le pancréas examiné sur la table d'amphithéâtre était transformé en un bloc fibreux où on ne put retrouver aucun élément glandulaire. Les canaux atrophiés étaient terminés en cul-de-sac dans ce tissu scléreux. Pendant toute la survie du malade, il lui fut administré de l'extrait pancréatique.

L'auteur insiste sur la nécessité de recourir à la simple ponction dans les cas de kystes pancréatiques accompagnés de glycosurie. Les cas de guérison de kystes du pancréas après incision ont tous trait à des kystes sans glycosurie ; c'est dire que, dans ces cas, le pancréas n'était que peu atrophié.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juin. — Présidence de M. Jules Rochard.

M. le Président annonce la mort de M. le Président de la République. La séance est levée en signe de deuil.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 juin. — Présidence de M. Déjerine.

Actions de l'urine et de la bile sur la thermogenèse. — Recherches calorimétriques.

M. d'Arsonval (Touchant une communication faite par MM. Charrin et Carnot). — J'ai établi, avec M. Charrin, dans quel sens certaines toxines, la tuberculine, les toxines pyocyaniques, par exemple, faisaient varier le rayonnement. MM. Charrin et Carnot, les produits des cellules bactériennes une fois étudiés, ont entrepris à mon laboratoire et à celui de pathologie générale des expériences destinées à mettre en évidence ce que font, à ce point de vue, les principes nés des cellules de l'organisme, principes dont M. Bouchard a fait connaître la toxicité.

A cet égard, les renseignements de la clinique appelaient l'attention sur la bile et l'urine. Aussi, après avoir pris les courbes normales, avons-nous lié, M. Charrin et moi, tantôt les uretères, tantôt le cholédoque chez plusieurs lapins, lapins que l'on replaçait ensuite dans le calorimètre compensateur différentiel de d'Arsonval. Toujours on a obtenu des diminutions dans la thermogenèse. Mais les animaux succombaient dans les trois ou cinq jours qui suivaient l'opération ; le choc opératoire entrait en ligne de compte ; le procédé a été abandonné ; on a introduit directement, chez des lapins dont on connaissait le poids et le rayonnement physiologique, soit l'urine, soit la bile.

L'urine a fourni des résultats des plus variables.

En général, il y a eu abaissement dans le rayonnement ; toutefois, cet abaissement a été quelquefois moindre que celui que l'on obtient en faisant pénétrer de l'eau. De plus, suivant les provenances, avec 50 centimètres cubes d'urine humaine déposés sous la peau, on a eu parfois une diminution inférieure à celle qu'avaient provoquée 30 centimètres cubes d'une autre urine. Le liquide de la même personne donne également des oscillations.

Cependant, dans la majorité des cas, avec 30 à 50 centimètres cubes introduits dans le tissu cellulaire, on constate, donnée en accord avec ce qu'a vu M. Bouchard, une décroissance d'une calorie à une calorie et demie ; cette décroissance persiste durant quatre à dix heures ; puis la courbe revient au niveau normal qu'elle dépasse exceptionnellement.

Avec le liquide du foie, les résultats sont et plus marqués et plus constants.

Lorsqu'on injecte, sous la peau, de la bile de mouton à des lapins, on diminue toujours le nombre des calories produites, si on fait pénétrer une dose non inférieure à 2 c. cubes par kilog.

Cette diminution varie en raison directe des quantités introduites. Avec 5 c. cubes, pour un animal de 2,000 grammes environ, elle ne dépasse guère une calorie, en calculant par heure.

Avec 8 ou 10, on arrive à un abaissement de 2, de 3, abaissement qui, parfois, avec 12 c. cubes, se rapproche de 4. Le lapin ne rayonne plus que le quart, le tiers ou même la moitié de ce qu'il fournit à l'état normal; de 8 à 10 calories, il tombe à 6, à 4.

La température périphérique rectale descend de un demi, à un degré et davantage, avec les volumes de 8, 10, 12 c. cubes; au lieu de 38°9, chiffre noté avant l'injection, on trouve 38°0, 37°6.

Mais ces indications thermométriques sont soumises à des causes d'erreur ; l'humidité, la sécheresse des parois sur lesquelles on applique l'appareil, la vaso-dilatation, la vaso-constriction de ces parois, sont capables de l'influencer ; il ne renseigne que sur une région étroite, sur la qualité thermique. Aussi, comme nous l'avons vu plusieurs fois déjà, en particulier dans nos recherches de calorimétrie faites avec les toxines, le désaccord entre le thermomètre et le calorimètre, fréquemment constaté, montre que le premier de ces instruments ne comporte pas toujours une rigueur absolue : son emploi est limité à la pratique. Il convient donc, dans des études expérimentales de cet ordre, de ne faire usage que du calorimètre, suivant la remarque des professeurs Bouchard et d'Arsonval.

Ce que le thermomètre, en tout cas, ne saurait révéler, étant donné que l'on se borne à prendre, ordinairement, 6 ou 8 températures au plus, en vingt-quatre heures, c'est la marche continue, l'évolution pour ainsi dire du calorique.

Les courbes obtenues, courbes qui sont montrées, enseignent que la diminution dans la thermogenèse a une durée également proportionnelle au volume de bile injecté.

Avec 5 c. c., cette diminution persiste pendant une demi-journée ; puis, peu à peu, assez régulièrement, avec moins de saccades que pour un sujet sain, la courbe revient au niveau physiologique.

Avec 12 c. c., après un jour entier, le rayonnement est encore amoindri.

On peut atténuer ces effets de la bile en la décolorant par du noir animal. Dans ces conditions, à doses égales, la décroissance du rayonnement est inférieure d'un quart, d'un tiers, à ce qu'elle est, quand on use du liquide coloré.

Il est à remarquer que les expériences de M. Charrin sur les

propriétés des toxines pyocyaniques, vis-à-vis de la chaleur de l'économie, nous avaient appris que cette décoloration, pour ces toxines, agit dans un sens analogue. Même cette modification était plus accentuée que pour la sécrétion hépatique, attendu que la courbe dépassait alors la normale, phénomène mettant en évidence l'existence, dans cette sécrétion, comme dans l'urine, d'après le professeur Bouchard, comme, du reste, dans une série de liquides organiques, de principes dont les effets se neutralisent, se combattent.

Le chauffage atténue de son côté les qualités que possède cette humeur d'affaiblir le rayonnement. Toutefois, cette atténuation est fort peu marquée.

En somme, ces expériences prouvent que les tissus vivants, baignés de bile ou d'urine, produisent moins de chaleur qu'à l'état normal; elles introduisent, en calorimétrie, des notions physiologiques nouvelles; les déductions pathologiques sont faciles à apercevoir.

Toxicité du sérum.

MM. Mairet et Bosc (de Montpellier). — Continuant nos expériences sur la toxicité du sérum. nous avons cherché comment se produisait la mort chez les lapins auxquels on injecte du sang de chien. Nous avons pour cela ajouté à 60 grammes de sérum de chien 0 gr. 50 de chlorure de sodium et 1 gramme de sulfate de soude. Dans ces conditions, le sérum perd ses propriétés coagulantes et cependant le lapin succombe: il y a donc une action toxique et, comme les sels ajoutés au sérum ne sont pas toxiques, c'est le sérum qu'il faut incriminer.

Pouvoir oxydant du sang.

MM. Abelous et G. Biarnès. — Nous avons adopté comme matière oxydable l'aldéhyde salicylique où l'oxydation est facile à reconnaître. Schmiedeberg, puis Jacquet croyaient que le sang n'oxyde pas du tout l'aldéhyde salicylique. Salkowski est d'opinion contraire.

Nous avons constaté que le sang de certaines espèces (veau, porc, agneau, bouc) oxyde énergiquement l'aldéhyde salicylique. L'oxydation est beaucoup moins marquée avec le sang d'autres animaux (chien, cheval, mouton, beuf). Il y a donc des espèces animales dont le sang possède un pouvoir oxydant manifeste.

L'ampoule de Vater appareil glandulaire.

M. Pilliet. — L'extirpation du pancréas peut être complète au point de vue anatomique sans que les déductions physiologiques soient possibles, car l'ampoule de Vater contient de nombreuses glandes, sorte de pancréas accessoire. Ceci est encore bien plus manifeste dans les cas d'épithélioma de l'ampoule, car celui-ci évolue comme un épithélioma glandulaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juin. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

M. le Président fait part de la mort de M. le Président de la République et la séance est levée en signe de deuil.

R. Marmasse.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 14 juin. — Présidence de M. Besnier.

Un traitement spécial de la période terminale de la teigne fondante.

M. Louis Wickham. — L'auteur rappelle que l'évolution de la teigne comporte une période terminale, caractérisée par la présence de plaques minuscules de 1 à 10 poils malades. Cette période terminale est parfois extrêmement longue et rebelle, comme il a pu s'en rendre compte dans une épidémie récemment observée. Frappé du contraste qui existe entre l'exiguité des lésions et le dommage moral et intellectuel causé à l'enfant par suite de son absence prolongée de l'école, il établit qu'il convient de traiter radicalement par la destruction ce qui reste des lésions. Ce traitement, en quelque sorte chirurgical, de la période terminale, comporte trois procédés: l'électrolyse, l'électro-cautère, l'huile de croton.

Ces procédés sont très efficaces; ils abrègent la période de plusieurs mois, mais ils sont très délicats à employer, demandant une certaine expérience et des règles précises que l'auteur décrit.

L'électrolyse est le traitement de choix en ville. L'électro-cautère, pour lequel il emploie une pointe fine spéciale, est plus rapide, mais plus brutal. Ce procédé convient mieux à l'hôpital. Ces modes de traitement ne doivent être employés que pour les plus petites plaques comportant 2 à 4 poils malades. C'est surtout pour l'emploi de l'huile de croton qu'il faut observer avec le plus grand soin les règles prescrites. Ce caustique peut être employé pour des plaques plus grandes, variant de 5 millimètres à 1 centimètre de diamètre, mais jamais plus. Entre des mains inexpérimentées, il peut être très nuisible. Bien employé, son efficacité est évidente. Dès que la plaque est réduite à 4 ou 5 poils malades, on a recours pour la guérison complète à l'électrolyse ou à l'électro-cautère. Avec la réglementation indiquée, ces procédés ne déterminent que des cicatrices minuscules.

Ces conclusions thérapeutiques ont été appliquées au cours d'une ép démie de teigne ayant sévi à l'asile Lambre ht depuis plusieurs années. Les études que l'auteur a faites à ce sujet lui ont permis de vérifier les assertions émises par M. Sabouraud, sur la pluralité et les caractères différents des teignes. L'auteur déclare que 9 fois sur 10, sur des têtes non encore traitées, il lui est très facile d'établir la variété parasitaire d'après les seuls signes classiques. C'est là un progrès considérable dû à M. Sabouraud, progrès établi sur des bases irréfutables. L'auteur ajoute que les traitements actuellement préconisés ne peuvent guérir la teigne en une moyenne inférieure à 8 à 10 mois.

M. Béclère confirme. en un travail très complet sur les teigneux de l'école de l'hôpital Saint-Louis, dirigée autrefois par M. Quinquaud, l'opinion de M. Wickham sur la durée des traitements, en ajoutant que les auteurs qui ont prétendu guérir la teigne en 2 ou 3 mois se sont fait illusion.

Il pense aussi qu'à la période terminale de la teigne, il convient d'agir plus énergiquement en détruisant les poils restés malades. Ses études ont conduit aussi à la confirmation entière des travaux de M. Sabouraud sur la teigne. Il propose de donner à la maladie produite par le microsporon Audouini le nom de « teigne Gruby-Sabouraud ».

MM. Gaucher et P. Raymond discutent la question de l'emploi de l'huile de croton dans la teigne, mais leurs arguments, défavorables à l'usage de ce caustique, concernent le traitement de la période aiguë de la teigne. A ce moment de la maladie, l'huile de croton, pouvant laisser d'énormes cicatrices, doit être absolument rejetée.

M. Sabouraud fait remarquer que M. Wickham, comme lui-même d'ailleurs, préconise l'huile de croton comme agent destructif dans la période terminale seulement et qu'il n'a point été question de l'employer dans la période aiguë. Ainsi limitée, l'action de l'huile de croton est excellente, mais à la condition expresse que son emploi soit, comme il a été dit, strictement réglementé.

Nævi vasculaires zoniformes avec troubles trophiques consécutifs.

M. Gastou. — Chez un malade, âgé de 26 ans, atteint de nævi en placards couleur lie de vin, non saillants, siégeant aux membres inférieurs, à la verge, au voile du palais, à la main gauche, survinrent, à la suite d'une piqûre d'épine de ronce, à l'âge de 8 ans, de nombreux troubles trophiques.

Une ulcération de la face dorsale du pied droit, consécutive à la

piqûre et existant encore actuellement, fut suivie d'ulcérations multiples des deux pieds qui entraînèrent des syndactilies des orteils, l'immobilisation de l'articulation tibia-tarsienne droite, une atrophie des deux jambes. Chez ce malade, aucune tare héréditaire, rien de viscéral. La sensibilité est intacte, les réflexes sont normaux; à part l'exagération de la sécrétion sudorale aux deux pieds, il n'existe aucune modification des réactions électro-motrices des nerfs et des muscles.

Le traitement n'a pu modifier jusqu'à présent l'ulcération primitive; un séjour à Saint-Honoré, il y a quatorze ans, augmenta les troubles trophiques.

Angiôme congénital progressif, occupant le membre inférieur gauche, le scrotum et la région ischiatique du même côté.

M. Gastou. — Cet angiôme apparut vers l'âge de 3 mois, au genou, à la suite d'une chûte. Il a progressivement augmenté surtout après l'application d'un bas à varices.

D'abord peu douloureux, il a entraîné peu à peu l'impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche, des crampes et de l'engourdissement avec sensation de froid.

Il existe, au niveau du pied et du tiers inférieur de la jambe, des sueurs profuses. La sensibilité à la douleur et aux courants électriques est diminuée. La réaction faradique est affaiblie, il n'y a pas de réaction de dégénérescence des muscles ou des nerfs.

Le malade, âgé de 26 ans, n'a pas de troubles cardiaques, ni viscéraux, aucune tare héréditaire, aucune malformation.

L'angiôme d'aspect variqueux est réductible, non animé de battements et on n'y perçoit aucun souffle.

Périostite orbitaire hérédo-syphilitique.

M. Trousseau. — Je tiens à insister sur un cas rare de périostite orbitaire hérédo-syphilitique, surtout remarquable par l'intensité des phénomènes cérébraux qui l'ont accompagné et qui ont pu faire croire à l'existence d'une méningite tuberculeuse. Une fillette de deux ans et demi m'était conduite dans un état comateux complet avec immobilité et dilatation des pupilles et une exophtalmie considérable de l'œil droit, dont les paupières étaient rouges et gonflées. Depuis 15 jours, l'enfant, jusque-là bien portante, était devenue triste, abattue, poussait des cris la nuit, portait les mains à sa tête, puis avait eu une crise de convulsion précédent le coma que j'observais. Le père avait eu la syphilis trois ans avant son mariage, mais la mère et l'enfant semblaient indemnes. Néanmoins, je préférai, pour pouvoir espérer la guérison, me rallier au diagnostic de périostite syphilitique plutôt qu'à celui d'orbite tuberculeuse avec méningite de même nature. Les événements me donnèrent raison, car, en quelques jours, sous l'influence de l'iodure et des frictions, la petite fille fut débarrassée de son exophtalmie et revint à une santé parfaite.

La syphilitis héréditaire affecte très rarement les os plats : la localisation à l'orbite est donc exceptionnelle, ce qui fait l'intérêt de cette observation, laquelle montre encore combien est facile la confusion entre l'hérédo-syphilis cérébrale et la méningite tuberculeuse, et combien il est intéressant de préciser rapidement un diagnostic dont dépend souvent la vie du malade.

Erythème pellagreux d'origine alcoolique.

MM. Gaucher et Barbe. — X...., âgée de 40 ans, se présente le 6 juin 1894 à la consultation dermatologique de l'hôpital St-Antoine pour une éruption du dos des mains. La malade n'a jamais souffert de privation, mais elle avoue que depuis près de 20 ans et surtout depuis 4 ans elle fait des excès alcooliques. L'éruption actuelle a débuté il y a un mois sur la face dorsale des mains pour s'étendre en avant sur les cinq doigts jusqu'au niveau de l'articulation de la première et de la seconde phalanges; en haut, la rougeur remonte jusqu'à l'endroit où finit la manche de la robe. De plus, elle contourne le bord radial de l'avant-bras pour s'arrêter un peu en avant de ce bord. A ce niveau, la peau est comme vernissée et desquame par places. Chez la malade, on trouve des troubles digestifs propres à l'alcoolisme et, du côté du système nerveux, quelques signes de pseudo-tabes.

Deuxième cas. — L..., maçon, ayant toujours habité Paris, n'ayant jamais souffert de privations, est atteint également d'une rougeur très vive du dos des mains, qui aurait débuté il y a deux mois environ. Le malade avoue faire des excès alcooliques et présente, en effet, quelques symptômes de pseudo-paralysie générale.

En somme, on est en présence ici de deux sujets alcooliques qui ont contracté un érythème solaire ou pellagreux en s'exposant pendant leur travail à l'ardeur du soleil de mars.

Arsenicisme professionnel.

MM. Gaucher et Barbe. — X... travaille depuis 40 ans dans les produits arsenicaux. Il y a quinze jours, il a dû cesser son travail lorsque des ulcérations se sont montrées au scrotum, à la face interne de la cuisse gauche et à l'index droit. Actuellement, le malade présente sur la face externe du petit doigt gauche une ulcération qui a débuté, il y a trois mois, et une autre ulcération entre le gros orteil et l'index du pied gauche. Si on examine les fosses nasales, on voit que le malade porte une large perforation de la cloison. Sur la face palmaire des mains et des doigts, on trouve une kératose diffuse d'origine arsenicale.

Louis Wickham.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution à l'étude de la tuberculose linguale; des abcès froids de la langue, par M. C. Whitman. Th., Paris, 1894.

La langue peut être le siège d'abcès froids généralement secondaires à une tuberculose des voies aériennes et dus à l'inoculation directe dans la langue du bacille de Koch contenu dans les crachats.

L'extirpation large est à recommander.

Contribution à l'étude du traitement des hydarthroses chroniques par la ponction et les injections antiseptiques, par M. H. Moret. Th., Paris, 1894.

Lorsqu'une hydarthrose aiguë ou chronique traitée par l'immobilisation, la compression et les révulsifs ne guérit pas, on est autorisé à recourir à la ponction et à l'injection d'une solution antiseptique.

L'aspiration simple à l'aide des appareils de Potain ou de Dieulafoy resterait insuffisante, car elle ne mettrait pas à l'abri des récidives, l'épanchement n'étant ici qu'un symptôme et non la maladie.

L'intervention chirurgicale décidée, et les précautions antiseptiques les plus minutieuses étant prises, on ponctionnera avec un trocart en des points qui varieront avec l'articulation atteinte et on injectera ensuite, soit une solution phéniquée à 3 ou à 5 0/0, soit une solution sublimée à 1/1000. L'emploi de cette dernière, bien qu'un peu plus douloureux, est toujours suivi de succès.

De la compression du duodénum et des accidents qui en résultent, par A. Bron. Th., Paris, 1894.

La compression du duodénum donne lieu à des accidents variés, suivant la cause qui la produit : organes déplacés, tumeur avoisinante, brides péritonéales. Deux signes cependant présentent une constance particulière ; ce sont des vomissements presque toujours incoercibles, bilieux, si l'obstruction siège au-dessous de l'ampoule de Vater, et des alternatives de diarrhée et de constipation. Avec une compression permanente et complète ou presque complète, on trouve l'estomac dilaté.

La compression duodénale est plutôt soupçonnée que diagnostiquée. L'intervention chirurgicale est seule capable de faire la lumière et alors on y remédiera, soit en remettant en situation

l'organe déplacé, soit en extirpant la tumeur, soit en sectionnant les brides. Et, au cas où le dégagement du duodénum resterait impossible, la gastro-entéro-stomie serait la suprême ressource.

De l'hypertrophie simple des glandes parotides, par M. P. Lafolley. Th., Paris, 1894.

L'hypertrophie simple des glandes parotides ne se rencontre que chez les sujets débilités par des maladies anciennes. Étant admis que cette déformation a été rencontrée chez des gens âgés et que l'artério-sclérose est la lésion dominante chez les vieillards, l'auteur n'hésite pas à faire intervenir l'affection vasculaire dans la pathogénie de l'hypertrophie.

Traitement des brûlures superficielles par la solution saturée d'acide picrique, par M. L. Filleul. Th., Paris, 1894.

Excellente étude (qui aurait gagné à être un peu condensée) sur les brûlures et leur traitement. L'auteur insiste tout particulièrement sur les bons effets que l'on retire de la solution saturée d'acide picrique dans le pansement des brûlures superficielles. Elle supprime la douleur et empêche la formation de phlyctènes. A recommander chez les enfants où les antiseptiques puissants sont souvent contre-indiqués; son application n'est suivie d'aucun accident local ni d'aucune complication générale d'ordre toxique.

Ch. Amat.

Chez Steinheil.

La résection du segment iléo-cœcal de l'intestin, par M. Baillet. Th. Paris, 1894.

80 observations, méthodiquement groupées (cancers, tumeurs non cancéreuses, invaginations chroniques, fistules) font la base du très consciencieux mémoire de M. Baillet. Pour se faire une idée exacte de la valeur de la résection de l'anse iléo-cœcale, M. Baillet s'est livré à l'examen critique de chaque observation : le bilan des statistiques se trouve ainsi modifié en faveur de la résection, l'insuccès étant dû souvent à une faute opératoire.

La résection du cœcum est une opération bénigne et excellente en même temps, puisqu'elle est curative, pour les cas de rétrécissement tuberculeux ou cicatriciel de la valvule de Bauhin. Elle est encore l'opération de choix en cas d'invagination chronique, quand des tentatives de désinvagination, d'ailleurs très doucement faites, n'auront pas réussi. Elle s'applique également bien aux cas de hernies très adhérentes du cœcum.

S'agit-il, au contraire, de cancer mal limité, la résection de l'anse iléo-cœcale donne de mauvais résultats. C'est à l'entéro-anastomose de Maisonneuve qu'il faut avoir recours. — L'emploi de la résection doit être très réservé dans les cas de fistule stercorale et d'anus artificiel.

L'auteur termine en exposant avec une grande clarté la technique opératoire, et en rappelant les soins à donner au malade avant et après l'intervention.

Résultats éloignés de l'ablation des annexes utérines par la laparotomie pour tubo-ovarites, par L.-F.-A. Martin. Th. Paris, 1893.

Le mémoire de M. Martin est un véritable parallèle entre la laparotomie et l'hystérectomie vaginale comme moyen de traitement des lésions des annexes utérines. La laparotomie convient à toutes les ovarites chroniques; elle seule permet de constater la réalité et l'étendue des lésions. Pour les tubo-ovarites suppurées ou parenchymateuses, la laparotomie reste encore le procédé de choix; l'hystérectomie doit être réservée pour les cas où des adhérences cloisonnent tout le petit bassin, où les lésions sont certainement bilatérales, où la laparotomie entièrement a échoué.

M. Martin a revu, quinze ou dix-huit mois après leur opération, un certain nombre de malades opérées par laparotomie dans le service de M. Pozzi. *Parfaits* pour les lésions suppurées ou parenchymateuses des annexes, les résultats éloignés de la castration sont *seulement satisfaisants* pour les lésions chroniques. La laparotomie n'en reste pas moins l'opération de choix dans la plus grande partie des tubo-ovarites ; rien jusqu'ici ne permet d'affirmer, en effet, que les femmes, dont les annexes ont été enlevées par la voie vaginale, sont exemptes des inconvénients (troubles généraux et psychiques) qui suivent la simple ablation des annexes par la voie abdominale.

Des ruptures traumatiques de l'urèthre périnéal chez l'enfant, par A. Delaunay. Th. Paris, 1893.

Le plus important chapitre de cette thèse, inspirée par M. Jalaguier, est consacré au traitement. Pour M. Delaunai, la suture immédiate de l'urèthre périnéal doit toujours être tentée chez l'enfant : elle réussit le plus souvent, et la guérison est plus complète et plus rapide qu'avec les autres méthodes. En cas d'insuccès, la réunion se fait par seconde intention, et l'on est ainsi ramené dans les conditions de l'incision périnéale simple.

Chez H. Jouve.

Recherches sur les amputations congénitales, par R. Lhomme. Th. Paris, 1893.

M. Lhomme ramène à deux grandes catégories les causes qui ont été invoquées en faveur de la pathogénie des amputations congénitales : la cause est externe, cordon ou bride ; ou bien elle est interne, et doit être ramenée à une modification histologique des tissus. Il distingue ensuite cette affection, véritable mutilation congénitale, de l'ectromélie, qui n'est autre chose qu'un arrêt de développement. La partie la plus intéressante de cette thèse est celle qui a trait au diagnostic ; les divers éléments qui permettent de différencier l'amputation congénitale de la sclérodermie et de l'aïnhum y sont nettement mis en lumière.

LES LIVRES

Chez G. Carré, 3, rue Racine.

Rhinologie, Otologie, Laryngologie, enseignement et pratique de la Faculté de Médecine de Vienne, par M. le docteur Marcel Lermoyez, médecin des hôpitaux de Paris, chargé d'une mission par le Ministre de l'Instruction publique, 1 volume in-16, de 540 pages, relié maroquin, tranche dorée : Prix, 8 francs.

L'auteur a réuni dans ce volume les notes qu'il a recueillies au cours d'une mission scientifique en Autriche. Par son importance et son étendue, cet ouvrage est plus qu'une simple relation de voyage; c'est une étude des plus complètes, richement documentée, et très fouillée en ses détails, sur l'organisation des études médicales, et en particulier de l'enseignement des spécialités à la Faculté de Médecine de Vienne. Ce livre vient bien à son heure, à un moment où s'élaborent chez nous tant de projets de réformes médicales ; il nous montre les procédés que l'Ecole Viennoise a mis en œuvre pour atteindre sa célébrité incontestée, qui chaque année y attire des milliers d'étrangers, et il établit un parallèle très instructif entre ce qui se passe chez elle et chez nous.

La seconde partie de l'ouvrage nous initie à la pratique des maîtres autrichiens, laryngologistes et otologistes ; présentée sous une forme didactique, elle forme un véritable traité de thérapeutique des maladies du nez, de la gorge et des oreilles, d'après les méthodes en usage dans les services de Politzer, de Schrotter, etc., d'autant plus utile à consulter que tous ceux de nous qui exercent ces spécialités suivent et suivront encore longtemps les enseignements de la grande Ecole Viennoise.

Chez Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

Statistique et observations de chirurgie hospitalière, par le docteur Polaillon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, un volume in-8° de 415 pages avec figures : 6 fr.

Chez J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

L'appareil urinaire chez l'adulte et chez le vieillard, étude anatomique, histologique et physiologique, par le docteur ALBERT MIQUET, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Paris, 1894, gr. in-8°, 166 pages : 3 fr. 50.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 2 AU 7 JUILLET 1894

A. — EXAMENS

LUNDI 2 JUILLET, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Baillon, Hanriot, Fauconnier. — 1er (2e série) : MM. Lutz, Weiss, Heim. — 1er (3e série) : MM. Blanchard, Guebhard, Villejean. — A 1 heure. 2e Oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Retterer, Poirier. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Ricard, Sebileau. — 3e (2e partie) : MM. Fournier, Lancereaux, Déjerine. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Reclus, Lejars. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel Dieu (2e série) : MM Terrier, Nicaise, Poirier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Straus, Brissaud.

MARDI 3 JUILLET, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Baillon, Lutz, Weiss. — 1er (2e série) : MM. Henriot, Guebhard, Villejean. — 1er (3e serie). MM. Gariel, Blanchard, André. — A 1 heure. 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Poirier. — 3e (2e partie) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Letulle. — 4e : MM. Proust, Pouchet, Ballet. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Duplay, Schwartz, Brun. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Guyon, Richelot, Albarran. — 5e (2e partie), Charité : MM. Cornil, Marfan, Marie. — 5e (1re partie) : Obstétrique, Clinique d'Accouchement, rue d'Assas : MM. Tarnier. Maygrier, Bar.

MERCREDI 4 JUILLET, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Gariel, Blanchard, Villejean — 1er (2e série) : MM. Pouchet, Guebhard, Heim. — 1er (3e série) : MM. Hanriot, Weiss, André. — A 1 heure. 1er : MM. Gautier, Heim. — 2e Oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Nicaise, Retterer. — 3e (2e partie) : MM. Landouzy, Lancereaux, Déjerine. — 5e 1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Reclus, Jalaguier, Ricard. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Grancher, Guyon, Chauffard.

JEUDI 5 JUILLET, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Baillon, Villejean, André. — 1er (2e série) : MM. Pouchet, Hanriot, Weiss. — 1er (3e série) : MM. Lutz, Guebhard, Heim. — A 1 heure. 1er : MM. Gautier, Blanchard, Fauconnier. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Brissaud, Poirier. — 3e Oral (1re partie) : MM. Tarnier, Humbert, Schwartz — 3e (2e partie) : MM. Proust, Debove, Marfan.

VENDREDI 6 JUILLET, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Baillon, Fauconnier, Weiss. — 1er (2e série) : MM. Lutz, Blanchard, Guebhard. — 1er (3e série) : MM. Gariel, Heim, André. — A 1 heure : MM. Potain, Straus, Déjerine. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Terrier, Tuffier, Delbet. — 5e (2e partie). Charité (1re série) : MM. Landouzy, Lancereaux, Brissaud. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Hayem, Gaucher, Chauffard. — 5e (1re partie). Obstétrique (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Varnier.

SAMEDI 7 JUILLET, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Gariel, Blanchard, André. — 1er (2e série) : MM. Baillon, Guebhard, Fauconnier. — 1er (3e série) : MM. Hanriot Villejean, Weiss. — A 1 heure. 1er : MM. Gautier, Lutz, Heim. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Panas, Duplay, Schwartz. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Joffroy, Chantemesse, Letulle. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Dieulafoy, Ballet, Marie. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Le Dentu, Nélaton, Albarran. — 5e (2e partie), Charité : MM. Dehove, Gilbert, Roger. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchement rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

SAGES-FEMMES DE 1re CLASSE. — LUNDI 2 JUILLET, à 1 heure : MM. Hanriot, Blanchard, Varnier. — JEUDI 5 JUILLET, à 1 heure : MM. Joffroy, Bar, Heim.

B. — THÈSES

MERCREDI 4 JUILLET, à 1 heure. — *M. Mermillod* : Contribution à l'étude du traumatisme expérimental sur la région trochantérienne. Essai sur le mécanisme de la production de la fracture spiroïde sous-trochantérienne. — *M. Branère* : Du traitement des grands écrasements des membres. — *M. Debled* : Contribution à l'étude du curettage de l'utérus. — *M. Etchepare* : Des abcès ischio-rectaux. — *M. Desbonnets* : Du développement de l'épithéliome sur le lupus. — *M. Baudonnet* : Contribution à l'étude des manifestations oculaires dans l'érythème polymorphe. — *M. Bluski* : Contribution à l'étude de l'allaitement maternel. — *M. Narboni* : Considérations sur les récidives de la fièvre typhoïde. — *M. Herzemberg* : Contribution à l'étude du mal de Pott — *M. Gotchbaum* : Evolution du rétrécissement mitral basée sur la modification des signes physiques. — *M. Welti* : Contribution à l'étude de la cause de mort après les brûlures étendues sur la peau.

JEUDI 5 JUILLET, à 1 heure. — *M. Poreaux* : Contribution à l'étude du traitement médico-chirurgical du tétanos. — *M. Cossin* : Contribution à l'étude de la torsion du cordon spermatique avec gangrène consécutive du testicule. — *M. Berthelin* : Essai sur l'hydrocèle de la femme. — *M. Sauvage* : Des hernies de l'appendice vermiculaire. Appendicite herniaire. — *M. Thelliez* : Considérations sur le traitement de l'ostéomyélite des os longs. — *M. Deffains*. Etude clinique et thérapeutique sur les kystes du mésentère. — *M. Mahé* : Essai sur le traitement de la maladie d'Addison. — *M. de Martigny* : De la blennorrhagie et de son traitement par les lavages vésicaux, sans sonde, au permanganate de potasse. — *M. Pinasse* : Résultats éloignés de l'ablation bilatérale des annexes par la laparotomie pour salpingo-ovarite. — *M. Camus* : Recherches sur les causes de la circulation lymphatique — *M. Clergue* : Considérations sur la dernière épidémie de fièvre typhoïde à l'hôpital Bichat et sur le traitement par les bains froids. — *Mme Bonnier* : De la nécessité de l'examen bactériologique dans les angines diphtériques.

VENDREDI 6 JUILLET, à 1 heure. — *M. Capela* : Traitement de la névralgie rebelle de la deuxième branche du nerf trijumeau par la neurectomie centrale. — *M. Mahé* : Sur les plaies simultanées de l'artère et de la veine fémorales. — *M. Le Branchu* : De la nature infectieuse des phlébites. De la phlébite variqueuse.

SAMEDI 7 JUILLET, à 1 heure — *M. Arren* : Essai sur les capsules surrénales. — *M. Sourlangas* : Etude sur Hippocrate, son œuvre, ses idées sur l'infection ; ses moyens antiseptiques. — *M. Angerant* : Les grands lavages de l'intestin. Etude historique, critique et expérimentale. — *M. Encausse* : L'anatomie philosophique et ses divisions, précédée d'un essai de classification méthodique des sciences anatomiques.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Concours

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL (MÉDECINE)

Vingt-huit candidats sont admis à subir la deuxième épreuve du concours de médecin du Bureau central. Ce sont :

MM. Vaquez, Duflocq, Launois. Ménétrier, Dalché, Springer, Bruhl, Belin, Quevrat, Lyon, Hudelo, L. Guinon, Wurtz, Toupet, Martin de Gimard, Jeanselme, Gallois, Jacquet, Barbier, de Gennes. Dubief, Courtois-Suffit, Legry, Thiroloix, Capitan, Florand, Pignol et Berbez.

Par arrêté ministériel, en date du 13 juin 1894, il sera ouvert, en 1894-1895, des concours pour 50 places d'agrégés à répartir de la manière suivante entre les Facultés de médecine ci-après désignées :

Paris : 11 places dont 5 pour la pathologie interne et la médecine légale ; 3 pour la pathologie externe ; 1 pour les accouchements ; 1 pour l'anatomie et 1 pour la chimie et toxicologie.

Bordeaux : 7 places, dont 2 pour la pathologie interne et médecine légale ; 2 pour la pathologie externe ; 1 pour l'anatomie ; 1 pour la physiologie ; 1 pour l'histoire naturelle.

Lille : 3 places, dont 2 pour la pathologie interne et médecine légale et 1 pour les accouchements.

Lyon : 9 places, dont 2 pour la pathologie interne et médecine légale ; 2 pour la pathologie externe ; 1 pour l'anatomie ; 1 pour la physiologie ; 2 pour la chimie et toxicologie et 1 pour la pharmacie.

Montpellier : 7 places, dont 2 pour la pathologie interne et médecine légale ; 1 pour la pathologie externe ; 2 pour les accouchements ; 1 pour l'anatomie ; 1 pour l'histoire naturelle.

Nancy : 8 places, dont 2 pour la pathologie interne et médecine légale ; 1 pour la pathologie externe ; 1 pour les accouchements ; 1 pour l'anatomie ; 1 pour physiologie ; 1 pour l'histoire naturelle ; 1 pour la physique.

Toulouse : 5 places, dont 2 pour la pathologie interne et médecine légale ; 1 pour la pathologie externe ; 1 pour l'anatomie ; 1 pour la chimie et toxicologie.

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 27 — 7 Juillet 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

REVUE CRITIQUE

La nature du cancer.

Par le Dr P. Muselier, médecin des hôpitaux.

La publication d'un mémoire de M. Cazin sur les origines et les modes de transmission du cancer, nous fournit l'occasion de revenir sur ce sujet, dont nous avons déjà entretenu les lecteurs de la *Gazette*. De fait, il n'en est guère de plus intéressant pour ceux qui ont le goût de la pathologie générale et qui préfèrent les questions de principes à l'étude des faits de détail. Si la conclusion finale de notre jeune confrère reste négative, la lecture de son travail n'en est pas moins instructive, ne fût-ce que parce qu'elle donne une idée exacte des difficultés qui retardent la solution du problème et parce qu'elle permet d'entrevoir le chemin à suivre pour réaliser cette solution. On peut même dire que ce travail est destiné par là à marquer une date dans l'histoire de nos connaissances relatives à une question demeurée fort obscure, en dépit de toutes les recherches qu'elle a déjà suscitées.

Il faut dire que M. Cazin, dans la préface de son livre, se défend avec soin de toute prétention relativement à l'apport de faits nouveaux ou de conclusions nouvelles. Son but avoué est simplement de faire connaître l'état actuel du sujet, d'après les travaux qui ont été publiés en France et à l'étranger, en y joignant le résumé des recherches poursuivies par lui durant quatre années, sous l'inspiration et avec le concours de son maître Duplay. En exécution de ce programme, il expose d'abord les différentes hypothèses émises récemment pour expliquer l'origine ou le mode de transmission du cancer, hypothèses qui peuvent toutes se réclamer du patronage d'hommes considérables, savants éminents et observateurs consciencieux. En tête, figure la théorie de l'hérédité, qui malheureusement n'explique rien, ne fait que reculer le problème sans le résoudre, et qui d'ailleurs implique trop d'éléments contradictoires. Puis vient la théorie de l'alimentation, que M. Verneuil n'a pas dédaigné de soutenir, et à l'appui de laquelle les vétérinaires ont apporté des faits qu'ils ont cru à tort décisifs. La théorie de l'inflammation, qui occupe le troisième rang, est beaucoup plus sérieuse d'apparence, beaucoup plus digne de fixer la discussion, parce qu'elle serre la question de bien plus près que les deux précédentes. Il s'en faut pourtant que nous possédions une idée nette du rôle de l'inflammation à l'origine du cancer. Tout ce qui a été dit sur ce point, y compris l'opinion d'après laquelle le développement des néoplasmes malins reconnaîtrait pour cause habituelle une irritation locale préalable, tout cela repose sur des affirmations, bien plutôt que sur des faits précis et sur des déductions rigoureuses. D'ailleurs, M. Cazin, qui a fait intervenir ici une expérimentation habilement conduite, affirme n'avoir obtenu dans cet ordre d'idées aucun résultat positif, pas plus, du reste, que lorsqu'il s'agissait de vérifier l'influence des traumatismes, si souvent incriminée, elle aussi, par les partisans des actions extérieures.

Une hypothèse qui mérite peut-être plus de crédit, parce qu'elle est plus en rapport avec les idées actuelles, et partant plus séduisante, c'est celle de l'origine parasitaire. Aussi, M. Cazin a-t-il mis à la discuter un soin qui témoigne de la préoccupation que des faits récents ont imposée à son esprit dans l'ordre d'idées qui s'y rapporte. On peut concevoir cette origine parasitaire de deux façons, suivant qu'on admet la théorie microbienne ou qu'on se range à la théorie psorospermique. La première est actuellement jugée, dit M. Cazin, et jugée dans le sens négatif : car on ne doit plus considérer la présence des bactéries dans les tumeurs malignes que comme le résultat d'une infection secondaire, ou plus simplement d'une erreur de technique. La théorie psorospermique, qui a recruté nombre d'adhérents, est-elle beaucoup plus fondée ? Mais il faudrait d'abord établir la nature parasitaire des éléments histologiques au sujet desquels on a tant discuté jusqu'à ce jour. Or, ce n'est pas là un résultat qu'on puisse considérer comme prochain, si l'on en juge par le conflit des opinions qui s'y rapportent, par les contradictions que l'on y rencontre à chaque pas. M. Cazin, lui, est précis sur ce point. Il repousse l'interprétation qui veut faire des éléments désignés des éléments parasitaires, et il considère ceux-ci comme le simple résultat d'une évolution cellulaire spé-

ciale en rapport avec la formation des globes épidermiques. Tel est également l'avis de quelques observateurs non moins autorisés : Russell, Nepveu, etc. Après eux, on peut considérer la question comme définitivement tranchée dans le sens négatif.

L'étude des modes de transmission du cancer nous procure-t-elle des données plus exactes, et confère-t-elle plus de satisfaction à l'esprit que les spéculations restées jusqu'à présent stériles de la doctrine parasitaire ? On ne peut nier que, dans ce domaine, il n'y ait des arguments sérieux, des faits cliniques d'apparence assez probante ; par exemple, des faits de contagion entre époux qui, à première vue, semblent autant d'arguments favorables. Transportée sur le terrain expérimental, cette question a donné lieu, de la part de M. Cazin, à plusieurs séries de recherches ayant pour but : les unes de réaliser la transmission du cancer de l'homme aux animaux ou d'un animal à d'autres animaux d'espèce différente ; les autres, d'effectuer la transmission de l'homme à l'homme ou d'un individu d'une espèce animale à un autre animal de même espèce ; la dernière série enfin, relative aux essais de transplantation de tissu néoplasique d'un individu cancéreux à des parties du corps de ce même individu restées saines.

La première série de ces expériences n'a donné, entre les mains de M. Cazin, que des résultats uniformément négatifs. On ne saurait incriminer ici une défectuosité ou une erreur de technique, puisque ces résultats ont été constants, quel que fût le procédé d'inoculation employé. On peut donc, jusqu'à plus ample informé, nier la contagion directe des cancers d'une espèce animale à une autre espèce. La deuxième série d'expériences n'a guère plus réussi entre les mains de M. Cazin. Toutefois, après avoir lu ce qui s'y rapporte, on est enclin à conserver quelques doutes que l'expérimentateur semble vouloir partager lui-même, doutes motivés par les faits que d'autres observateurs ont rapportés et par les résultats qu'ils ont obtenus avant lui. Il y a notamment la série des expériences de M. Hanau (de Saint-Gall), qui commande des réserves et de sérieuses réflexions. Cependant, M. Cazin n'a pas été ici plus heureux qu'ailleurs, il n'a obtenu aucun succès à la suite de ses essais, assez nombreux, puis exécutés dans les conditions les plus variées, de manière à annihiler par avance toute objection : Dans aucun cas, il n'a pu constater la persistance ou l'accroissement des tissus cancéreux transplantés. On peut lire, à la fin de son mémoire, le compte rendu des diverses expériences instituées par lui, on constatera qu'elles ont produit un résultat uniformément négatif.

Ce mémoire aboutit donc, en fin de compte, à une conclusion fortement dubitative, pour ne pas dire plus, conclusion d'ailleurs amplement motivée aux yeux de ceux qui auront suivi toutes les phases de la démonstration. Peut-on reprocher à son auteur d'en venir là à la suite de tant d'essais infructueux, et trouvera-t-on qu'il outrepasse la vérité quand il dit que l'étiologie des cancers est encore à l'heure actuelle une inconnue qui reste tout entière à résoudre ? Si déduction peut être considérée comme légitime, c'est assurément bien celle-là. Le problème de la nature et des origines du cancer subsiste donc, énigme indéchiffrable, tel qu'il était il y a quelques années, avant d'avoir été l'objet de cette vaste enquête expérimentale. Mais, comme nous le disions à la fin d'un précédent article, ce serait une erreur de déclarer la solution impossible ; car, sans doute, celle-ci est plutôt une affaire de temps, peut-être une simple question de perfectionnement dans les méthodes employées jusqu'à ce jour.

TRAVAUX ORIGINAUX

Méningite tuberculeuse consécutive à un double pyosalpinx tuberculeux traité par la laparo-salpingectomie et suivi de guérison opératoire.

Par J.-WILL. BINAUD, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux.

Les récents travaux publiés sur la tuberculose des trompes (1) ont démontré que son traitement par la salpingectomie peut rendre les plus grands services ; le bénéfice de l'opération est réel : 1° au point de vue local en arrêtant les douleurs et les poussées de pelvi-péritonite ; 2° au point de vue général en améliorant la santé de la malade.

Dès 1886, Hegar, dont l'opinion a prévalu, concluait que les véritables contre-indications de l'intervention chirurgicale sont tirées des altérations profondes des autres organes, de la débilitation trop grande du sujet et des adhérences trop étendues.

Si la péritonite tuberculeuse n'est point une contre-indication, au même titre que les lésions bacillaires du poumon lorsqu'elles ne sont pas très avancées, la tuberculose bien limitée aux annexes de l'utérus semble *a priori* la condition la plus favorable à la guérison, car elle permet l'exérèse la plus complète et rend l'intervention radicale.

Malheureusement, même dans ces cas les plus propices, la récidive est loin d'être rare.

Sur les 24 cas rapportés par Daurios (Etude clinique et traitement chirurgical de la tuberculose génitale chez la femme. Th. Paris, 1889) et sur les 17 autres publiés par R. de Massia (Des salpingo-ovarites tuberculeuses. Th. Paris, 1891) il n'y a eu il est vrai que 3 morts opératoires.

Les résultats immédiats, comme on le voit, sont des plus favorables, mais, bien que les résultats éloignés soient en somme assez encourageants, la guérison radicale des malades n'a pas toujours suivi l'intervention : voici, au reste, analysées par les auteurs que nous avons signalés les observations rapportées par eux :

1° Observations de Daurios :

Trois fois on s'est borné à une laparotomie exploratrice et les malades ont bénéficié de cette intervention : une est guérie (Hegar), une améliorée (Chandelux) et une stationnaire (Spœth).

Quatre fois (Kœtschau, Spœth, Weststone et Jeanoel), on s'est trouvé en présence de tumeurs volumineuses, avec des adhérences énormes, rendant l'opération très longue et d'une difficulté considérable.

Une survie de 4 mois (Jeannel).
Une survie de 3 mois (Spœth).
Une survie de 5 semaines (Weststone).
Une mort le lendemain (Kœtschau).

Dans ce dernier cas, quand on tira sur la tumeur, on en

(1) Voir : PAUL RICHE. — De la salpingite tuberculeuse (*Rev. gén.*, in *Gaz. des hôpitaux*, 6 mai 1893).

vit sortir du pus, on interrompit l'opération et le lendemain la malade était morte.

Enfin, dans 17 cas, l'opération s'étant faite dans de bonnes conditions (lésion peu avancée, état général bon, etc.), on note les résultats suivants :

Un cas de bonne santé au bout de 1 an.

Un cas de bonne santé au bout de 5 mois, perdue de vue depuis.

Une bien portante, rien aux poumons 5 ans après.

Une bien portante 2 ans 1/2, puis tuberculeuse pulmonaire.

Une bien portante 2 ans. Mort par phtisie.

Une bien portante au bout de 3 ans.

Une récidive de péritonite tuberculeuse après 2 ans de bonne santé.

Dix cas n'ont pu être suivis ou sont opérés trop récemment.

Un cas de mort au 6e jour de péritonite septique. (Tumeur s'était déchirée.)

Dans tous les cas, la convalescence a été assez rapide, sans complication, et l'état général s'est considérablement amélioré aussitôt après l'opération.

2° Observations de R. de Massia :

Sur les 17 cas recueillis, il n'y a eu qu'une seule mort opératoire (observation de Terrillon). Il s'agissait d'une salpingite tuberculeuse ancienne, très volumineuse, chez une femme profondément affaiblie. De plus, la poche purulente s'était rompue dans la péritoine au cours de l'opération.

Les seize autres cas d'intervention ont été suivis d'un succès opératoire immédiat.

Mais sur ces 16 observations, trois sont trop récentes (Peyrot, Delagenière, Polaillon) pour être suffisamment renseigné sur l'avenir de la malade. Dans une autre (Stemann) la malade n'a pas été suivie assez longtemps. Il reste donc en somme 12 cas avec les résultats suivants :

Une malade bien portante au bout de 3 ans (Lucas-Championnère).

Une malade bien portante au bout de 2 ans 1/2 (Stemann).

Une malade bien portante au bout de 2 ans (Terrillon).

Une malade vivante au bout de 2 ans, mais atteinte de tuberculose pulmonaire (Terrillon).

Une malade bien portante au bout d'un an et demi (Terrillon).

Cinq malades bien portantes au bout d'un an (Terrillon, Chaput, Lucas-Championnière).

Deux malades mortes de tuberculose généralisée un an après l'opération (Terrillon, Stemann).

D'après ces résultats statistiques, la mort aurait toujours été la conséquence soit de la tuberculose généralisée, soit de la péritonite, soit enfin de la phtisie pulmonaire. Dans les recherches bibliographiques que nous avons faites depuis la publication des deux mémoires précités, nous n'avons point relevé d'autres causes : aussi avons-nous cru intéressant de rapporter le fait suivant dont nous ne connaissons point d'autre exemple.

Il s'agit d'une jeune domestique, âgée de 26 ans, qui est entrée dans le service de notre maître, M. le professeur A. Demons, pour un double pyosalpinx survenu sans cause connue.

Sauf cette affection, la malade ne présentait aucun trouble de la santé.

La laparotomie fut pratiquée ; les deux poches purulentes furent extirpées et l'on fit le drainage de Mikulicz. Il n'y avait pas en apparence trace de péritonite tuberculeuse. La plaie se cicatrisa rapidement, mais le 25e jour après l'intervention, la malade fut atteinte d'une méningite tuberculeuse à laquelle elle succomba très rapidement.

Voici son observation :

B..., Marie, domestique, âgée de 26 ans, entre le 30 avril 1892 à l'hôpital Saint-André, où elle est placée salle 9, lit 4 (service de M. le professeur Demons).

Ses antécédents héréditaires ou collatéraux ne présentent rien de particulier à signaler. Elle-même n'a jamais été malade dans son enfance.

Réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans, la menstruation a toujours été régulière depuis lors ; toutefois les pertes cataméniales duraient de 6 à 8 jours et elles étaient abondantes. Pas de leucorrhée. Ni grossesse ni fausse couche. Excellente santé habituelle.

Vers le milieu du mois de janvier 1892, sans cause connue, Marie B... fut prise de douleurs très vives dans le bas-ventre : elle eut en même temps de la fièvre, des maux de tête, mais ne présenta aucun trouble ni du côté du tube digestif, ni des systèmes respiratoire ou nerveux. Un médecin appelé porta le diagnostic d'influenza, fit appliquer des cataplasmes sur la région hypogastrique et lui donna de la quinine.

Sur ces entrefaites, les règles apparurent avec leur abondance et leur durée habituelles ; mais les douleurs du bas-ventre acquirent une nouvelle intensité et ne cessèrent que vers la fin du mois de janvier.

La malade put alors quitter son lit ; mais elle ne put reprendre les travaux de sa profession, obligée qu'elle était de demeurer étendue une partie de la journée.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis le 24 janvier, les règles n'ont pas reparu : mais au moment où elles auraient dû venir, la malade a remarqué qu'elle était prise de douleurs de tête qui duraient trois ou quatre jours et que les douleurs du bas-ventre qui n'avaient jamais complètement disparu acquéraient pendant ce laps de temps une nouvelle recrudescence.

En même temps, la partie latérale gauche de la région hypogastrique augmentait de volume ; il se développait en cette région une tuméfaction lentement, mais progressivement croissante. C'est dans ces conditions que la malade se décida à entrer à l'hôpital.

Voici les résultats de l'examen à son arrivée :

L'état général est légèrement atteint ; la malade a un peu maigri depuis deux mois ; l'appétit qui, jusqu'alors, avait été parfait commence à diminuer ; il y a des jours où l'inappétence est complète.

L'abdomen, légèrement tendu, est douloureux ; toute la région hypogastrique du côté gauche est occupée par une tumeur ayant le volume d'une tête de fœtus à terme : cette tumeur est régulière sur toute sa surface, douloureuse au toucher, nettement fluctuante, et légèrement mobile.

Par le toucher vaginal seul ou combiné au palper on constate les résultats suivants :

L'utérus est un peu élevé, mais en situation normale

non augmenté de volume, mais presque immobile et son col est ramolli sur une hauteur de 1/2 centimètre.

Le cul-de-sac latéral gauche du vagin et une partie du cul-de-sac postérieur sont occupés par une tuméfaction; celle-ci n'est autre que la tumeur hypogastrique accolée sur les côtés de l'utérus dont elle est séparée par une sorte de rainure; elle bombe dans le vagin. Il est facile, par l'exploration bimanuelle, de se rendre compte que cette tumeur est nettement fluctuante, douloureuse, qu'elle déborde l'utérus en haut et que sa limite supérieure est marquée par une ligne horizontale allant de la ligne blanche à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Dans le cul-de-sac latéral droit se trouve également une seconde tumeur dont les signes physiques sont à peu près les mêmes qu'à gauche, avec cette différence que ses dimensions sont bien moins considérables. Elle est également fluctuante, bombe dans le cul-de-sac postérieur, de telle façon que l'utérus est comme enchâssé entre elles deux.

Le toucher rectal ne fait que confirmer les renseignements précités.

L'examen au spéculum ne révèle qu'un peu d'exulcération des lèvres du col, et l'hystéromètre, manié avec beaucoup de prudence, ne peut pénétrer au delà de l'orifice interne.

L'examen des différents organes est fait avec le plus grand soin et ne révèle rien de particulier: l'appareil pulmonaire, l'appareil circulatoire, l'appareil génito-urinaire, le système nerveux sont absolument sains. Du côté du tube digestif il faut seulement noter un peu d'inappétence et de la constipation. Pas d'élévation de température.

On porte le diagnostic de pyosalpinx double.

La laparotomie, proposée à la malade, est acceptée par elle et pratiquée le 5 mai par M. le professeur Demons, assisté de MM. Binaud et Bégouin.

La malade, purgée la veille, a pris un bain antiseptique le matin.

Cloroformisation. Antisepsie de toute la paroi abdominale selon le mode habituel. — Cathétérisme de la vessie. Injection vaginale. Le champ opératoire est isolé au moyen de serviettes phéniquées.

Incision de la paroi adominale sur la ligne blanche et sur une longueur de 12 centimètres environ. La malade est mise dans la position dite de Trendenlenburg. Quelques adhérences de l'épiploon sont détachées et la poche kystique est mise à découvert.

Ponction de cette poche avec l'appareil de Dieulafoy: issue de 350 grammes de pus jaunâtre assez bien lié. On procède alors à l'extirpation de cette poche, intimement unie aux organes voisins et particulièrement au cul-de-sac de Douglas: ce temps de l'opération est particulièrement difficile et laborieux en raison des adhérences nombreuses qu'il faut détacher péniblement avec les doigts et de l'hémostase que l'on doit faire chemin faisant.

Enfin, on peut mettre une forte ligature au catgut sur la corne utérine gauche: la trompe est sectionnée, et, après avoir détaché avec les doigts les dernières fausses membranes qui retiennent encore la trompe, on procède de même pour la poche kystique du côté opposé qui ne renferme qu'une centaine de grammes de pus.

L'utérus paraît sain, ainsi que l'intestin.

Néanmoins quelques lambeaux de la poche doivent être abandonnés à cause de leur adhérence dangereuse avec l'intestin.

Il reste en dernier lieu une cavité correspondant au cul-de-sac de Douglas, légèrement suintante et tapissée de quelques fausses membranes: aussi en pratique-t-on le drainage au moyen de deux lanières de gaze iodoformée dont l'une des extrémités plonge dans le cul-de-sac rétro-utérin, dont l'autre sort par la partie inférieure de la plaie abdominale.

Suture à étage de la plaie au moyen d'un triple plan (deux profonds au catgut en surget — un superficiel au moyen de crins de Florence à points séparés) — Pansement compressif à la gaze iodoformée.

A l'examen macroscopique des pièces enlevées, on constate toutes les lésions de la salpingite suppurée avec dilatation kystique, portant surtout sur la partie externe de la trompe, et adhérence intime avec l'ovaire.

Des fragments de cette trompe sont durcis dans l'alcool et étudiés histologiquement au laboratoire de M. le professeur Cœyne. Sur les coupes obtenues par les procédés habituels on constate, en outre des lésions classiques des vieilles salpingites, un certain nombre de cellules géantes multinucléées dans l'épaisseur de la paroi tubaire. On voit en outre des follicules tuberculeux et du tissu embryonnaire en assez grande quantité (1).

Suites opératoires:

6 et 7 mai. — Quelques vomissements chloroformiques. Pouls excellent, pas de fièvre.

9 mai. — On enlève les deux lanières de gaze iodoformée. Pas d'écoulement purulent, selle parfaite.

Du 9 au 21 mai. — Etat aussi bon que possible: On enlève les points de suture: il y a réunion par première intention de la plaie, sauf au niveau de sa partie inférieure, où il y a un petit orifice dû au drainage. Ce petit orifice ne tarde pas lui-même à se cicatriser. L'appétit est excellent.

26 mai. — Deux vomissements dans la matinée. Inappétence subite. T. m. 37°8; T. s. 38°8.

27 mai. — T. m. 37°; T. s. 37°4.

28 mai. — Même état. T. m. 37°6; T. s. 39°3. — P. 58; R. 24.

30 mai. — T. m. 38°4; T. s. 38°8. Nouveau vomissement.

Nous assistons alors à l'évolution de tous les signes de la méningite tuberculeuse, dont nous notons les particularités suivantes:

Constipation malgré un léger purgatif, céphalalgie, contracture des masséters, strabisme, quelques phénomènes d'excitation rappelant assez bien les attaques éclamptiques et suivis bientôt de phénomènes de dépression.

2 juin. — Paralysie de la moitié gauche du corps et du côté droit de la face. Petit écoulement purulent par la partie inférieure de la plaie.

3 juin. — Coma.

4 juin. — La malade sort un peu de son état comateux, mais elle ne paraît pas comprendre les paroles qu'on lui adresse. T. m. 38° 8. T. s. 38° 8. Ralentissement du pouls. La malade porte la main à sa tête et pousse des cris de douleur.

(1) Les pièces anatomiques ont été présentées à la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, à la séance du 11 juillet 1892.

6 juin. — Nouvelle atteinte de coma.

8 juin. — La malade meurt à 8 heures et demie du matin.

Autopsie le 9 juin. — A l'ouverture de l'abdomen n'intéressant pas la ligne d'opération, on constate la présence d'adhérences récentes unissant l'intestin à la paroi abdominale au niveau de la partie inférieure de la plaie opératoire et formées aux dépens de l'épiploon.

Ces adhérences sont faciles à détacher et laissent voir dans leur intérieur de nombreuses granulations offrant tous les caractères macroscopiques des granulations tuberculeuses.

Pas de trace de péritonite : la cicatrisation est parfaite, résistante, mais en l'incisant il est aisé de voir que toute l'épaisseur des muscles grands droits dans la partie inférieure est farcie de granulations tuberculeuses, et cela, au voisinage seulement de la ligne médiane : plus en dehors, on n'en rencontre plus du tout.

L'utérus paraît sain et sa section ne révèle rien de particulier; il en est de même pour l'intestin, la vessie, les reins, le foie qui ne présentent aucune trace de tubercules.

A l'ouverture de la cage thoracique, les poumons apparaissent blanchâtres, sans traces d'adhérences aux parois du thorax.

Poumon droit : les deux lobes supérieur et moyen sont sains, pas de traces de tubercules ; le lobe inférieur est le siège d'une congestion spumo-œdémateuse. Poumon gauche, même état.

Péricarde : Quelques grammes de liquide jaune citrin.

Cœur normal.

Cerveau. — Pas d'adhérences des méninges à la boîte crânienne, sauf à la partie antérieure du lobe gauche. Quand on fait basculer le cerveau pour le séparer de la cavité du crâne, on voit que sa base est recouverte d'un exsudat jaune verdâtre qui englobe tout l'hexagone de Willis et l'origine des nerfs crâniens. Les ventricules cérébraux sont remplis par une sérosité louche. La substance cérébrale est ramollie et les méninges se détachent difficilement, particulièrement au niveau des lobes frontaux. Les vaisseaux de la pie-mère détachés et plongés dans l'eau présentent sur leurs ramifications de nombreux points blanchâtres caractéristiques des granulations tuberculeuses.

En réalité, il s'agit bien ici très probablement d'une tuberculose localisée aux annexes et qui, après laparo-salpingectomie, a récidivé dans les méninges.

C'est là un cas qui doit être rapproché des récidives analogues survenues après extirpation des annexes et développées soit dans le poumon, soit dans d'autres organes.

Si nous avons cru devoir signaler cette observation, c'est que la méningite tuberculeuse n'a pas été, à notre connaissance, signalée comme récidive post-opératoire par les auteurs qui ont traité de l'intervention chirurgicale dans les salpingo-ovarites tuberculeuses.

Dans tous les cas, ce fait malheureux n'est pas une contre-indication à cette loi générale, à savoir que « ces lésions tuberculeuses peuvent et doivent être enlevées chirurgicalement au même titre que d'autres tuberculoses locales ».

A L'ÉTRANGER

AMÉRIQUE

Voies génito-urinaires.

La section de chirurgie du Congrès de Washington avait porté à son ordre du jour un bon nombre de questions sur la chirurgie de l'appareil urinaire. En face des discussions pendantes à ce sujet, l'avis de nos confrères américains est bon à consulter. C'est aux vues générales sur le rein chirurgical que s'est attaché dans sa communication **M. Mac Lane Tiffany.** Les inflammations rénales, dit-il, sont, sauf les cas de lithiase, des lésions secondaires ; leur début se fait, comme on peut l'observer tous les jours, dans les voies inférieures. Aussi, la participation du rein à l'infection, pour possible qu'elle soit, reste très difficile à affirmer pendant les premiers temps de l'infection. Bien plus ardu encore est le problème qui consiste à déterminer la localisation uni ou bilatérale de l'inflammation.

La localisation des phénomènes douloureux, le volume anormal des reins, l'examen des orifices uretéraux dans la vessie à l'aide du cystoscope, l'étude de la composition de l'urine : tels sont les éléments sur lesquels il faut compter pour établir et préciser le diagnostic.

L'urine, à la fois purulente et acide, indique une pyélonéphrite très probable. Quant à la gravité de l'affection, au pronostic préventif de l'intervention, ils sont éclairés par l'existence de l'oligurie et de l'hypothermie, tous symptômes sérieux. Aussi, dans ces cas, M. Mac Lane Tiffany ne se décide-t-il à opérer que lorsque les diurétiques, surtout la digitale, l'acétate de potasse ont agi suffisamment. L'opération faite, la diurèse est maintenue par les injections de strychnine et les purgatifs répétés.

Il est fortement recommandé, ajoute l'auteur, si on doit traiter un malade atteint d'affection vésicale, d'intervenir en même temps du côté du rein s'il n'y en a qu'un d'atteint.

M. Weir est venu communiquer au Congrès une observation de rein chirurgical à étiologie complexe.

Un jeune homme, âgé de 25 ans, avait eu quatre ans plus tôt une scarlatine qui se compliqua de néphrite.

Plus tard, au cours d'une blennorrhagie, il présenta des accidents infectieux du côté de la vessie, puis les symptômes fonctionnels et généraux s'étant aggravés, il demanda son admission à l'hôpital.

A ce moment, il présentait une température élevée, avec frissons intermittents, des douleurs violentes dans les lombes droites, douleurs que la pression manuelle exagérait. L'urine était fortement purulente.

M. Weir découvrit le rein et fit dans le parenchyme quelques ponctions dans l'espoir d'amener du pus : mais ce fut en vain.

Le rein, ainsi que le montra l'incision, était parsemé d'abcès miliaires.

La néphrectomie fut effectuée avec plein succès. D'emblée la température tomba et la guérison s'effectua rapidement.

M. Fenger a, dans un mémoire fort clair, synthétisé et groupé l'ensemble des connaissances actuelles sur la chirurgie des uretères.

Le cathétérisme des uretères est assez facile chez la femme ; chez l'homme, il nécessite presque forcément une cystotomie préalable. Employé quelquefois pour amener l'évacuation des hydronéphroses et pyonéphroses, le cathétérisme est dans ces cas bien inférieur à la néphrotomie : celle-ci d'ailleurs est beaucoup plus facile.

Chez la femme on a tenté de dilater les rétrécissements des uretères par l'introduction de bougies par la voie vésicale, mais, ici encore, on obtient des résultats bien supérieurs en pratiquant la dilatation de haut en bas par le bassinet.

Quant aux opérations faites dans les cas de calculs de l'uretère,

le chirurgien américain conseille presque exclusivement l'urétérolithotomie extrapéritonéale, considérant l'urétérolithotomie intrapéritonéale comme une opération d'exception.

La communication de M. Fenger se termine par le conseil donné aux chirurgiens de ne pas négliger après les opérations faites sur le rein ou l'uretère de vérifier la perméabilité de ce dernier au moyen de bougies fines élastiques ou de cathéters fins en argent du calibre correspondant aux n°s 9 ou 10 de la filière française.

L'opération intrapéritonéale à ses partisans en Amérique et parmi ceux-ci **M. Richardson**. La néphrectomie par la voie abdominale a deux grands avantages : d'une part, la facilité de l'hémostase et, d'autre part, la possibilité de se rendre compte *de visu* de l'état du rein supposé sain. Cet examen est on ne plus important puisqu'il peut faire modifier du tout au tout l'intervention projetée.

M. Isaacs rapporte, dans le *Medical Record*, la curieuse histoire d'un homme âgé de 103 ans qui est actuellement atteint d'une blennorrhagie aiguë et qui, il y a trois ans, fut traité et guéri pour des chancres mous de la verge. Cet heureux homme, veuf de deux épouses, ne peut pas, paraît-il, s'abstenir de plaisirs génitaux. C'est, chez lui, un appétit tardif, car il a pratiqué son premier coït à 50 ans seulement.

ALLEMAGNE

Sérumthérapie dans la diphtérie.

Plusieurs médecins allemands ont fourni à la Société libre de Chirurgie de Berlin les résultats de leur pratique dans le traitement de la diphtérie par la sérumthérapie.

M. Weihgers a appliqué le traitement par le sérum antidiphtérique à 65 enfants, âgés de moins de 12 ans. La guérison a été obtenue dans 72 0/0 des cas, c'est-à-dire que le nombre des guérisons est supérieur de 12 0/0 à celui des précédentes épidémies où cette méthode thérapeutique n'était pas employée. Mais la différence de mortalité est particulièrement marquée chez ceux qui ont subi tardivement les anciens traitements ou la sérumthérapie. Les méthodes courantes donnaient, dans ces cas, 47 0/0 de guérisons. Ici, nous relevons 72 0/0, c'est-à-dire 1/4 en plus.

M. Kœrte a soigné pendant la même épidémie 60 enfants. Si on divise les cas en très graves ou hypertoxiques, en graves ou toxiques, ceux où la lésion locale est aussi sérieuse que les phénomènes généraux et cas légers, on voit que l'usage du sérum antidiphtérique est surtout indiqué dans les formes hypertoxiques.

Le traitement doit être commencé de bonne heure et les doses de sérum à injecter doivent être fortes.

M. Canon a employé parallèlement les anciennes méthodes et la nouvelle, sans que la statistique, dans ce dernier cas, soit manifestement plus rassurante qu'avec les procédés usuels.

M. Rinne a surtout, comme M. Kœrte, obtenu d'excellents résultats de la sérumthérapie dans les formes très graves. C'est également l'avis de **M. Langenbuch**.

M. Ehrlich. — Il importe d'injecter de fortes doses du sérum antitoxique et d'autant plus que le type diphtérique paraît plus grave.

Il ne faut pas attendre de brillants résultats de ce traitement quand la lésion locale agit mécaniquement en obstruant les bronches, ou s'il s'est déclaré une pneumonie *septique*. La dégénérescence rapide des viscères dans quelques cas emporte le malade malgré le traitement.

Cependant, si le traitement était appliqué dès le début, on pourrait espérer sauver tous les diphtériques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juillet. — Présidence de M. JULES ROCHARD.

Présence du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales de l'homme sain.

M. STRAUSS. — Des expériences récentes faites à la Charité m'ont permis de déceler la présence de bacilles tuberculeux virulents dans la cavité nasale d'individus sains en fréquentation habituelle avec des phtisiques.

J'ai pris, comme sujets d'examen, des infirmiers et infirmières, des malades qui avaient séjourné longtemps à l'hôpital pour des affections non tuberculeuses et aussi des élèves de mon service. Aucun de mes sujets ne présentait de signe de tuberculose.

Les mucus, les poussières des cavités nasales ont été recueillies avec un tampon stérilisé à l'autoclave. Une fois retirés, ils ont été agités dans un tube de bouillon ou d'eau stérilisée.

Vingt neuf cobayes ont été inoculés avec les produits des cavités nasales de vingt-neuf individus.

Sur ces vingt-neuf cobayes, sept sont morts rapidement d'accidents septiques, 13 sont restés bien portants ou n'ont pas présenté de lésions nécroptiques.

Le reste, c'est-à-dire neuf, sont morts ou ont été sacrifiés, mais ont présenté des lésions tuberculeuses fort nettes et, dans toutes, le bacille a été constaté.

C'est dire que chez neuf sur vingt-neuf des individus examinés, on a trouvé le bacille parfaitement virulent. Ces neuf cas, qui forment une proportion énorme, sont composés de six infirmiers, d'un malade et deux élèves, dont mon interne. La contagion par les poussières n'est plus à démontrer, depuis les travaux de Villemin et de Koch, et le mémoire de Cornet a prouvé que les poussières en suspension dans l'atmosphère des chambres de phtisiques contenaient des bacilles tuberculeux virulents.

Maintenant, mes expériences ont fait faire un pas de plus : ces poussières, ces germes virulents pénétrant dans le nez y séjournent en y conservant leur virulence, bien que l'individu soit sain.

Ces faits confirment le principe de la contagion par l'atmosphère des locaux habités par les phtisiques; ils précisent le mode de contagion par inhalation, en nous montrant le bacille à sa première étape, à l'entrée des voies respiratoires.

Je continuerai mes recherches, en choisissant des individus qui ne sont pas en contact habituel avec des tuberculeux. On connaîtra ainsi les particularités d'habitat du bacille.

M. VERNEUIL. — Ceci se rapproche du microbisme latent, dont je vous ai entretenu à propos de l'installation fréquente du streptocoque dans l'arrière-gorge.

J'ai relevé ici également la fréquence de la tuberculose chez les enfants sujets aux épistaxis ; rien n'est plus simple à expliquer que cette inoculation au point traumatisé d'un bacille que M. Strauss nous montre stationnant normalement dans le nez.

Opérations césariennes.

M. GUÉNIOT. — J'ai l'honneur de présenter à l'Académie deux femmes ayant subi chacune, à deux reprises, l'opération césarienne; la dernière fut faite, pour les deux femmes, la même semaine.

La première opération de l'une date du 14 janvier 1891; celle de l'autre de décembre 1892. Il y a donc eu un écart de trois ans et quatre mois pour la première, de dix-sept mois pour la seconde entre les deux interventions.

Des 4 enfants tous nés vivants, le premier est parfaitement bien constitué, le second vous a été présenté âgé de six semaines comme acardioplusique, les deux derniers se portent très bien.

Les deux mères sont manifestement rachitiques ; leur bassin

est profondément vicié; chez l'une d'elles, qui est naine (1 m. 15), le diamètre promonto-pubien atteint à peine 4 centimètres.

Je me réserve de vous donner bientôt sur ces accouchements des détails complets. Pour aujourd'hui, je ne ferai que citer quelques points spéciaux :

1° J'ai choisi le jour et l'heure de mon intervention et j'ai opéré avant le travail;

2° Trois fois sur quatre j'ai rencontré le placenta sous mon bistouri;

3° J'ai retrouvé chez la naine et intacts les fils de la suture utérine pratiquée lors de sa dernière opération césarienne;

4° Je n'ai pas voulu faire suivre mon opération de l'hystérectomie et bien m'en a pris puisque chacune de ces femmes a pu avoir à nouveau un enfant vivant.

L'opération de Porro est un errement et outre ces deux exemples je vous en fournirai un troisième : une femme atteinte d'ostéomalacie fut opérée de la césarienne et guérit si bien qu'elle fut accouchée à nouveau plus tard grâce à une symphyséotomie et sans récidive de son ostéomalacie.

Cependant on avait laissé intactes ses annexes.

Névrotomies dans les gangrènes douloureuses.

M. Verneuil présente un rapport sur une observation de M. Quénu. Un colporteur, non alcoolique mais profondément athéromateux, présenta une gangrène très douloureuse du pied par congélation.

Les douleurs étaient horribles, insupportables; elles suivaient les gros troncs nerveux. L'état général étant trop mauvais, M. Quénu refusu d'amputer ce malade, mais, pour calmer ses douleurs, lui fit la résection au genou des nerfs sciatiques poplités et du nerf saphène externe et dans le canal de Hunter du nerf saphène interne.

Les douleurs disparurent le lendemain, la gangrène se limita et l'amputation régularisatrice devint possible.

Il y a donc dans ce fait une sorte d'opposition avec les cas où la névrotomie développe des troubles trophiques : il semble qu'il y ait eu rétablissement de la nutrition.

Homologues de la quinine.

M. Laborde a continué ses expériences. Les conclusions n'ont pas varié.

M. Laveran estime que, dans les expériences, on a donné la quinéthyline trop peu de temps après le sulfate de quinine pour que les résultats se soient pas attribuables à ce dernier.

Election de deux correspondants étrangers.

MM. Léon Revilliod (de Genève) et E. Seguin (de New-York) sont élus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juillet. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Ostéomes.

M. Delorme. — A la suite d'une discussion dans laquelle se sont fait entendre MM. Michaux, Berger, Le Dentu, j'avais vivement regretté de ne pouvoir fournir d'arguments en faveur de l'hypothèse qui me semble rationnelle.

Mais depuis, les cas portés à ma connaissance se sont multipliés et ce sont sur tous ces faits que je vais, si vous le permettez, établir un rapport d'ensemble, qui me donnera le moyen de tirer des conclusions.

Prenant les observations par ordre, je commence par une qui m'est personnelle :

1re observation. — Il s'agit d'un ostéome bilatéal du moyen adducteur que je constatai au milieu de l'an dernier. Du côté gauche la tumeur avait 8 centimètres d'étendue et était directement implantée sur l'os et immobile. L'ostéome du côté droit avait 19 centimètres sur 8 et était également immobile. Après des essais infructueux de massage, je me décidai à tenter l'ablation des ostéomes. Ces tumeurs étaient enveloppées dans une gangue fibreuse, sorte de coque très épaisse. Elles s'implantaient solidement sur le corps du fémur en dedans de la ligne âpre et débordaient vers la face antérieure de l'os. Très compacte à l'extérieur, la tumeur était spongieuse à sa partie centrale. Je fis la réunion *per primam* et appliquai un pansement iodoformé. Le lendemain de l'intervention le malade était anxieux, sa température était élevée et son pouls petit; les réactions de la salive me montrèrent que j'avais affaire à une intoxication iodoformée. Ces symptômes malgré les vomitifs et purgatifs augmentèrent et le malade succomba le 4 juin.

L'autopsie nous montra que les ostéomes étaient implantés largement sur le fémur et présentaient des cavités irrégulières sur toute la périphérie, cavités dans lesquelles s'implantaient des fibres musculaires.

2e observation. — Celle-ci m'a été communiquée par M. Rigal. Il n'y a pas eu comme dans mon cas de traumatisme originel.

Ici encore ost ome bilatéral, ayant d'un côté 14 centimètres, un peu plus petit de l'autre côté où il est mobile.

Malgré le peu de gêne apportée par la tumeur, M. Rigal en pratique l'ablation et referme la plaie.

Le malade meurt à la troisième semaine d'accidents de septicémie chronique.

L'autopsie nous montre que l'un des ostéomes, en tous points comparable aux miens, est directement implanté sur le fémur, l'autre au contraire est enfoui en plein corps musculaire.

L'examen histologique a montré que les deux productions osseuses présentaient le type de l'os jeune sans canaux de Havers.

3e observation, due à M. Hiver. — En janvier 1894, mon collègue M. Hiver eut à soigner un cavalier présentant un ostéome du côté gauche, d'une longueur de 8 à 9 centimètres, intimement adhérent au fémur et sessile.

Le malade ne fut pas opéré.

4e observation (personnelle). — Le malade que je vous présente, un cuirassier, offre à la partie inférieure de la face interne de la cuisse droite un ostéome allongé, dur, cylindrique, renflé à son extrémité supérieure; ce me semble être un ostéome du grand adducteur.

La seule gêne apportée par cette tumeur est déterminée par la station à cheval; aussi ce cavalier fait effort de rotation en dehors pour amener son ostéome en avant.

5e et 6e observations. — M. Sieur m'a chargé de remettre aujourd'hui à la Société deux nouvelles observations.

Dans l'une, il s'agit d'un cavalier qui, un mois et demi après un traumatisme, a présenté 4 petits ostéomes dans le moyen adducteur.

Dans l'autre, le traumatisme date de 13 mois et il existe deux tumeurs adhérentes au fémur.

Ces cavaliers ont été opérés. Chez l'un, le tissu de l'ostéome était de l'os complet avec canaux de Havers; chez l'autre, de l'os jeune.

A côté de ces ostéomes des adducteurs, je vous relaterai les notes concernant plusieurs ostéomes du coude.

7e observation. — Un mois après une luxation postérieure du coude, apparaît un ostéome situé derrière le brachial antérieur et se prolongeant vers le biceps. Cet ostéome est sessile et gêne considérablement les mouvements.

La tumeur est implantée sur l'extrémité inférieure de l'humérus et recouvre la capsule. Je l'enlève par morcellement.

8e observation. — Celle-ci est, de tous points, analogue à la précédente, mais l'ostéome a diminué considérablement à la suite de massage répété et violent. Il est devenu mobile transversalement.

9e observation (M. Hiver). — Un ostéome se déclare comme suite d'un hématome.

La tumeur, dit M. Hiver, est mobile verticalement, mais peu dans le sens transversal et, à l'opération, il la trouve implantée sur le cubitus. Ici, j'avoue comprendre difficilement.

La pathogénie des ostéomes reste très discutable. On a parlé de la transformation possible d'un hématome, et cependant on voit des ostéomes se développer en dehors de tout traumatisme brutal. D'ailleurs pourquoi tous les hématomes analogues ne se transforment-ils pas ?

La myosite ossifiante ? MM. Favié, Schmid, Le Dentu se rattachent à cette hypothèse. Dans les observations que je vous ai analysées, il y en a plusieurs qui pourraient appuyer cette théorie : une de M. Rigal, une de M. Sieur, une de M. Hiver, peut-être une des miennes, et encore le muscle n'y a-t-il apparemment eu qu'un rôle accessoire. Mais les pièces, et pas seulement les miennes, montrent que l'insertion se fait à plein sur l'os, et au delà de la surface d'insertion du muscle.

Bien plus, pour les ostéomes du coude, la tumeur n'avait aucun rapport de continuité avec le muscle.

Reste la théorie périostéosseuse. Orloff s'en est fait le défenseur, et il explique les ostéomes par l'arrachement d'un lambeau périostique ou même ostéopériostique, lambeau qui, par la rétraction musculaire, pourrait évoluer fort loin de son point d'attache primitif. M. Berger, puis M. Sieur, l'ont également admis. Les expériences faites par M. Berthier sur des lapins l'avaient amené à appuyer cette hypothèse et à y rattacher même les ostéomes développés en plein muscle.

J'ai fait sur le cadavre, avec le concours de M. Gallet, une série d'expériences qui, toutes, m'ont démontré que des tractions même très violentes, même saccadées, n'amenaient jamais d'arrachement périosté ; le muscle et son tendon cèdent seuls.

L'hypothèse d'Orloff se trouve donc infirmée.

La genèse osseuse est cependant la thèse soutenable, mais le mécanisme m'échappe. Je suis bien obligé d'admettre aussi la myosite ossifiante pour les ostéomes intra-musculaires.

L'ablation ne doit être pratiquée que pour les ostéomes douloureux, volumineux et gênants. Il est recommandable de faire l'ablation complète, souvent très difficile, ainsi qu'en témoignent mes pièces.

Cependant MM. Sieur et Hiver ont pu laisser de longues aiguilles osseuses sans qu'il se soit produit de récidive.

M. MICHAUX. — Le malade chez lequel M. Delorme diagnostique un ostéome du grand adducteur me semble porteur d'une tumeur ayant tous les caractères des exostoses ostéogéniques.

Anesthésie au bromure d'éthyle.

M. ALFRED MARTIN. — Depuis les communications faites en 1890 et 1892 dans la *Gazette hebdomadaire* et les *Archives internationales de Laryngologie*, j'ai, avec M. Lubet-Barbon, pratiqué un grand nombre de fois l'anesthésie au bromure d'éthyle. Nos cas se montent à 2,737, sans que nous ayons eu d'accidents à regretter.

Le produit doit être limpide, incolore, d'odeur agréable, jamais piquante.

L'administration doit se faire à doses massives. Comme le bromure d'éthyle ne produit pas de syncopes, il permet d'opérer le malade assis.

L'anesthésie est rapide, à condition de donner des doses massives et de ne pas mélanger d'air les vapeurs. Une dizaine d'inspirations suffisent. Alors on cesse l'administration, à moins que l'opération devant durer quelque temps, on ne recommence. Dans ces cas, on redonne à plusieurs reprises de fortes doses, car le réveil est rapide.

L'un des grands avantages est l'absence de torpeur après le réveil : le malade peut marcher immédiatement. Les vomissements sont rares.

M. MONOD présente une malade chez laquelle s'est déclarée une gangrène du doigt après vingt-quatre heures de pansements humides à l'eau phéniquée au 1/100.

Il incrimine surtout l'attrition des tissus par le traumatisme initial.

M. PEYROT croit plutôt qu'il s'agit d'acide phénique concentré resté en dépôt au fond d'un flacon dans lequel on a mis de l'eau phéniquée faible.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Les gangrènes surviennent même avec des liquides faiblement phéniqués, si on renouvelle fréquemment le liquide et si on maintient le doigt en contact permanent.

M. PEYROT présente un malade ayant les symptômes d'une hystérie développée après un traumatisme crânien.

R. MARMASSE.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Variétés chirurgicales, par ALFRED FRANKLIN (1 vol., Plon et Nourrit, 1894).

La plupart des lecteurs de ce journal connaissent, au moins de réputation, la curieuse collection que publie M. A. Franklin depuis quelques années. Sous le titre général de « La vie privée d'autrefois », ce patient et sagace érudit a rassemblé et condensé, en de petits volumes de 300 pages chacun, et d'une lecture très facile, une foule de documents jusque-là oubliés ou ignorés des historiens. Il nous a ainsi initiés à la vie privée de nos ancêtres, des Parisiens surtout, et donné quelques leçons très fructueuses et très suggestives sur notre histoire nationale.

Les médecins tiennent une trop grande place dans la vie sociale pour qu'ils n'aient pas été l'objet d'études toutes spéciales. Cinq volumes (1) leur ont déjà été consacrés. Le dernier en date, celui dont nous voulons parler ici, est consacré à étudier les mœurs aux 16e et 17e siècles de certains chirurgiens ou se disant tels : dentistes, pédicures, lithotomistes, châtreurs (parfaitement!), *renoueurs*, oculistes et otistes.... il y en avait.... déjà! En plus, une longue notice est consacrée à la corporation des sages-femmes, ainsi qu'à celle des accoucheurs dont la création, de date relativement récente, souleva dans le public d'alors de bien curieuses polémiques.

On reste un peu rêveur en lisant le titre d'un ouvrage publié à cette occasion et dans lequel était longuement traitée la question de savoir si un accoucheur doit être jeune ou vieux, beau ou laid. Songez donc : son auteur avait intitulé son livre : *De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes*..... Il est vrai que nos graves confrères de l'époque s'y entendaient si peu qu'ils aimaient mieux laisser cette besogne aux sages-femmes jurées ou non.

M. Franklin nous apprend aussi que les parasites de notre art, charlatans de tout genre et de toute spécialité, renoueurs, rebouteurs, non seulement pullulaient à Paris, mais que quelques-uns étaient inscrits officiellement sur les registres de la « Maison du Roi » et, comme tels, payés à beaux deniers comptants... Les choses n'ont guère changé depuis, sauf les étiquettes. Les charlatans continuent à pulluler, et, s'il n'y a plus de rois pour payer leurs services à l'année.... les grands seigneurs et les... autres ne leur ferment guère leur bourse.

Si j'ajoute que ce petit volume contient encore de très curieux documents sur l'origine, l'architecture, l'administration et la statistique de tous les hôpitaux de Paris aux XVIe et XVIIe siècles, on comprendra aisément que sa lecture puisse être profitable aux médecins, sans compter l'agrément de s'instruire sans peine et à peu de frais.

Dr A. CORIVEAUD.

(1) L'hygiène. Les apothicaires et les médicaments. Les médecins. Les chirurgiens.

THÉRAPEUTIQUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de thérapeutique et de pharmacologie, par Henri Soulier, professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Lyon, médecin honoraire des hôpitaux. (Ouvrage couronné par l'Académie des sciences et par l'Académie de médecine). 2 vol., grand in-8°. Paris. Librairie Masson.

Ce nouveau traité de thérapeutique rappelle par son importance celui de Trousseau et Pidoux ; c'est bien un traité de thérapeutique générale et spéciale. Les généralités sont consacrées à l'étude des médications, lesquelles sont les actions médicamenteuses elles-mêmes. Si l'*action substitutive* de Bretonneau a paru l'idée originale du traité de Trousseau et Pidoux, l'*action des contacts* serait ici l'idée dominante. Qu'est-ce à dire ? ceci : c'est que le simple *contact* de l'agent médicamenteux avec l'élément malade suffit à le *modifier* dans un sens curateur. Un changement chimique ne serait le plus souvent pas nécessaire à l'effet thérapeutique. Schwilgué a dit : *Lorsqu'il convient d'agir dans une maladie, c'est le changement qui est l'essentiel.* Le changement est aussi pour Soulier (Voir la médication métabolique) comme l'action thérapeutique par excellence :

« Ce qu'il importe en thérapeutique (Préface X) c'est de connaître l'agent capable de modifier par une *action de contact* tel élément malade... L'action de contact est suffisante pour produire une réaction physiologique, une modification thérapeutique. Au delà de l'action de contact, on court le risque d'une action chimique, c'est-à-dire toxique. L'action de contact est d'ordre physique. »

Aussi, bien que la chimie occupe, dans l'ouvrage de Soulier, une très grande place, plus grande que dans les traités de thérapeutique jusqu'à ce jour publiés, en France du moins, l'auteur doit, on le devine, admettre, comme règle de pratique, de recourir d'abord aux procédés thérapeutiques d'ordre physique, à l'hydriatrie, par exemple. Les remèdes physiques peuvent, d'ailleurs, agir spécifiquement; le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids est pour Soulier un véritable traitement spécifique !

Les modifications élémentaires provoquées par les agents de la matière médicale administrés à dose utile relèvent, d'après l'auteur, beaucoup plus du mode physique que du mode chimique; *a fortiori* en est-il ainsi, le plus souvent, des agents de l'hygiène. La réaction physiologique de l'élément anatomique contre l'alcaloïde charrié par le sang peut être indépendante de toute altération chimique, à moins qu'il n'y ait effet toxique. « Ainsi tend à se réaliser (page 38) la prophétie scientifique de Newton qu'un jour viendrait où tous les faits chimiques et vitaux seraient prouvés être d'ordre physique, mécanique, se résoudraient en mouvements atomiques, en vibrations moléculaires. »

Dans l'état actuel de la science, une classification des agents thérapeutiques présente les plus grandes difficultés ; l'auteur qualifie la sienne : *Essai de classification naturelle ;* elle est comme le résultat d'une transaction entre les classifications basées sur les médications, celles qui s'appuient sur l'action physiologique des médicaments, celles se fondant sur leurs propriétés chimiques, physiques : *antiparasitaires, antiseptiques et désinfectants, antipyrétiques, anodins, altérants, alcaloïdes, pseudo-alcaloïdes, bases xanthiniques, hypnoanesthésiques, hypnagogues, antispasmodiques, toniques, cardiaques, vasomoteurs, astringents, émollients, alcalins, saignée, transfusion et ses dérivés, eupeptiques, vomitifs, purgatifs, régimes, diurétiques, genitalia, diaphorétiques et galactagogues, dermatica, hydrothérapie, caustiques, acides, eupnéiques, kinésithérapie, mechanica, du froid, du chaud, de la lumière, aeropiésie, climatothérapie, électricité.*

Nous avons dit la très grande place qu'occupe la chimie dans le traité de l'auteur; on le constate en considérant la manière dont il a formé ses groupes; il est convaincu d'un rapprochement fréquemment possible entre la composition chimique d'un médicament, d'un groupe médicamenteux et leurs actions spécialisées, ainsi de la *série aromatique* (V. le tableau de la page 80) qui renferme un très grand nombre de corps, dont plusieurs sont à la fois plus ou moins antiseptiques, antipyrétiques, analgésiques. Toute substance nouvelle, appartenant à la série aromatique, peut avoir une action efficace à la fois contre une maladie septique, contre un état fébrile, contre la douleur, doit donc être expérimentée à ce triple point de vue. Or, Soulier fait rentrer avec raison dans la série aromatique tous les antipyrétiques, antithermiques nouveaux que la synthèse chimique a créés chaque jour de toutes pièces, la quinine, les alcaloïdes, tandis que, chimiquement comme physiologiquement, en doivent être exclus les médicaments qui procurent le sommeil, chirurgical ou non (éther sulfurique, hydrate de chloral) tous à chaine ouverte par opposition aux premiers tous à chaine fermée. La morphine *a priori* parait une exception; ce n'est qu'en partie exact, cet alcaloïde ayant surtout pour indication spéciale l'agrypnie causée par la douleur.

Le plan suivi par l'auteur dans l'étude d'un médicament est celui-ci : historique, matière médicale, action physiologique en prenant l'agent médicamenteux en dehors de l'organisme, puis le suivant à travers l'organisme et ses voies d'élimination. Suivent les chapitres de toxicologie, de pharmacologie, au sens français du mot. Termine l'exposé des applications thérapeutiques.

Ce traité est bien moderne, donne bien l'état actuel de la science, non seulement en France, mais encore à l'étranger, l'auteur connaissant la littérature anglaise et allemande. Une table alphabétique des médicaments et des maladies rend au lecteur toute recherche facile.

LES LIVRES

A. Boiffin. *Des tumeurs fibreuses de l'utérus.* (Rueff et Cie). — M. A. Boiffin est un partisan convaincu de l'intervention chirurgicale dans les fibrômes; il défend sa thèse avec ardeur; mais je doute qu'il convainque tous les médecins qui ont vu bien des fibrômes diminuer à l'époque critique, et bien d'autres être enrayés par un traitement purement médical. Au demeurant, excellente monographie.

G. André. *Hypertrophie du cœur.* (Rueff et Cie). — On a trop longtemps négligé le rôle du muscle cardiaque dans les maladies du cœur. Aussi le livre de M. André vient à son heure. Je le trouverais parfait si la thérapeutique y était plus fouillée. Mais, hélas! la thérapeutique n'est pas, actuellement, en honneur chez les médecins qui n'y croient pas pour la plupart !

E. Barcé. *Bruits de souffle et bruits de galop.* (Rueff et Cie). — Une excellente étude de séméiologie cardiaque générale, un vrai livre de praticien, indispensable à tous ceux qui veulent étudier de très près l'auscultation du cœur et interpréter comme il convient les diverses modifications pathologiques de ses souffles.

A Hébert. *Examen sommaire des boissons falsifiées.* (Gauthier-Villars et fils). — A cette époque de falsifications à outrance, si dangereuses pour la société, il n'était pas inutile d'avoir un livre court, capable d'être compris par la majorité du public et tel qu'une personne connaissant des éléments de chimie et de physique fût à même d'exécuter les opérations indiquées. C'est ce livre qu'a fait M. A Hébert,

M. Boulay. *La pneumonie lobaire aiguë* (Rueff et Cie). — Etat actuel de nos connaissances sur la pneumonie. Rien de nouveau ni de personnel. Bon résumé où la plupart des opinions fausses ou vraies sont fidèlement reproduites.

M. Lutaud. *La stérilité chez la femme.* (Société d'éditions scientifiques). — Un sujet fort délicat, exclusivement traité pour les médecins. Insiste trop sur le traitement chirurgical et sur certaines considérations physiologiques au moins inutiles.

A. Sallard. *Hypertrophie des amygdales.* (Rueff et Ce) Excellente petite monographie. Le traitement est très soigné.

Spallanzani. *La digestion stomacale.* (G. Masson). — On a tort de ne pas relire les vieux auteurs ; ils sont plus suggestifs que bien des modernes ; le traité de Spallanzani en est un exemple qui frappera tous ceux qui le liront.

G. Chauvet. *Eaux minérales de France.* (G. Masson). — Ce qui fait l'originalité et l'utilité de cet ouvrage c'est la représentation graphique et en couleur de la composition chimique des principales eaux minérales de France.

Beni-Barde et Materne. *L'hydrothérapie dans les maladies chroniques et les maladies nerveuses.* (G. Masson.) — L'hydrothérapie a traversé diverses phases. A Graeffenberg jadis, Priessnitz la faisait reposer sur des applications combinées du calorique et du froid, c'était l'*hydrosudothérapie*. Fleury se servit systématiquement de l'eau froide. MM. Beni-Barde et Materne défendent l'emploi isolé ou combiné de l'eau froide et de l'eau chaude ; ils se servent de l'hydrothérapie comme d'un moyen excitant ou sédatif, suivant la manière dont ils l'appliquent. C'est un incontestable progrès qu'ils ont ainsi réalisé, et la lecture de leur excellent livre est de nature à convaincre bien des indécis et à réformer bien des idées erronées sur la pratique de l'hydrothérapie.

Traité de zoologie, par Edmond Perrier, professeur au Muséum d'histoire naturelle. Paris, grand in-8, F. Savy, 1890-94.

Personne n'était mieux placé que le professeur Edmond Perrier pour écrire un traité de zoologie vraiment original. Le besoin se faisait vivement sentir dans le monde scientifique d'un ouvrage qui ne fût point une thèse à l'appui de conceptions métaphysiques hâtives ou surannées, et qui demandât simplement la connaissance précise des faits élémentaires, la connaissance des faits complexes. Voilà la seule méthode vraiment scientifique, la seule qui soit féconde, progressive.

Cette tâche, M. Edmond Perrier l'a remplie avec une conscience et une habileté qui rendent très attachante la lecture de son livre.

La première partie, qui vient de paraitre, comprend la zoologie générale, l'étude des tissus organiques et de leur activité, et un remarquable chapitre sur les espèces, leur origine, leurs rapports avec les milieux où elles vivent et leurs rapports réciproques.

L'ouvrage entier se compose de cinq parties qui paraitront à bref délai.

Polin et Labit. *Hygiène alimentaire.* (Rueff et Ce.) — Qu'est-ce que c'est qu'un aliment, quelle est la composition de divers aliments, quelles sont les conditions qui influent sur l'alimentation, quels régimes conviennent à l'enfant, au vieillard, aux malades : telles sont les utiles questions traitées dans cet excellent petit ouvrage.

L. Galliard. *Le Choléra.* (Rueff et Ce.) — Un livre à l'ordre du jour. Le choléra épidémique s'est émancipé; il nous menace de ses reviviscences, absolument comme il menaçait jadis les populations de l'Inde. Le traité de M. Galliard, tout en faisant la part des théories, est conçu surtout dans le sens pratique.

E. Sauvez. *Des meilleurs moyens d'anesthésie à employer en art dentaire.* (Société d'Editions scientifiques.) — L'auteur est un praticien qui a vu et qui donne les résultats de son expérience, ce qui vaut mieux que les meilleures dissertations bibliographiques. Il recommande le bromure d'Ethyle quand il s'agit d'obtenir l'anesthésie générale ; mais celle-ci ne doit être employée qu'à titre exceptionnel, et l'anesthésie locale, exempte de dangers, suffit dans la plupart des cas.

R. Kœhler. *Application de la Photographie aux sciences naturelles.* (G. Masson.) — L'œil photographique voit tout, sans fatigue comme sans partialité. Aussi la photographie a-t-elle pris une grosse place en biologie. Le livre de M. Kœhler servira de guide au débutant et d'aide-mémoire au praticien.

A. R.

ACTES DE LA FACULTÉ
DU 9 AU 14 JUILLET 1894

A. — Examens

Lundi 9 juillet, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Baillon, Villejean, Fauconnier. — 1er (2e série) : MM. Lutz, Blanchard, Weiss. — A 1 heure. 2e définitif (officiat) : MM. Nicaise, Déjerine, Letulle. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Ricard, Lejars. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM Terrier, Reclus, Delbet. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Straus, Chauffard. — 5e (1re partie), Obstétrique (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Varnier.

Mardi 10 juillet, à 9 heures. — 1er (1re série) : MM. Baillon, Villejean, Weiss. — 1er (2e série) : MM. Hanriot, Villejean, André. — A 1 heure. 2e fin d'année (officiat) : MM. Rémy, Quénu, Gley. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Humbert, Letulle. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Panas, Guyon, Brun. — 5e (2e partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Proust, Debove, Charrin. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Dieulafoy, Ballet, Roger. — 5e (1re partie), Obstétrique (Clinique d'Accouchement, rue d'Assas) : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Mercredi 11 juillet, à 9 heures. — 1er : MM. Lutz, Hanriot, Fauconnier. — A 1 heure. 3e fin d'année (officiat) : MM. Lancereaux, Nicaise, Chauffard. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Potain, Landouzy, Gaucher. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Grancher, Straus, Déjerine.

Jeudi 12 juillet, à 9 heures. — 1er : MM. Laboulbène, Villejean, Fauconnier. — 3e Oral (1re partie) : MM. Bar, Jalaguier, Albarran. — A 1 heure. 2e fin d'année (officiat) : MM. Richelot, Netter, Albarran. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Rémy, Gley.

Vendredi 13 juillet, à 1 heure. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Tillaux, Reclus, Delbet. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Terrier, Nicaise, Tuffier. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Landouzy, Brissaud. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Ricard, Lejars, Sebileau. — 2e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Déjerine, Gaucher. — 5e (1re partie), Obstétrique (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Varnier.

Samedi 14 juillet. — Pas d'actes.

Sages-femmes de 1re classe. — Mercredi 11 juillet, à 1 heure (1re série), nouveau régime : MM. Farabeuf, Ribemont-Dessaignes, Hanriot. — (2e série), nouveau régime : MM. Reclus, Varnier, Retterer. — (3e série), nouveau régime : MM. Pinard, Richard, Sebileau.

Jeudi 12 juillet, à 1 heure. — Ancien régime : MM. Pozzi, Maygrier, Gilbert.

B. — Thèses

Mardi 10 juillet, à 1 heure. — *M. Prieur* : Le prolapsus utérin et l'hystérectomie vaginale. — *M. Berchon* : Du traitement des adénites tuberculeuses du cou. — *M. Billet* : Etude critique sur les divers modes de traitement de la coxo-tuberculose. Extension continue avec l'appareil du professeur Lannelongue.

Mercredi 11 juillet, à 1 heure. — *M. Jany* : Du rapport des maladies de l'oreille moyenne avec les affections du rhino-pharynx. — *M. Garnier* : Du cancer de la verge et en particulier de son traitement par le bistouri. — *M. Tiercelin* : De l'infection gastro-intestinale chez l'enfant nouveau-né. Pathogénie et traitement. — *M. Meunier* : Contribution à l'étude du traitement local des syphilides secondaires. — *M. Perrey* : Arthropathies syringomyéliques. — *M. de Silvera* : De la bave infantile.

Jeudi 12 juillet, à 1 heure. — *M. Cantacuzène* : Recherches sur le mode de destruction du vibrion cholérique dans l'organisme. — *M. Tanguy* : Du traitement intra-utérin des collections tubaires. — *M. Solary* : Du traitement chirurgical du goitre exophtalmique. — *M. Horay* : De l'érysipèle atténué primitif. — *M. Boye* : Etude comparative sur certains troubles trophiques des extrémités. — *M. Thomas* : Contribution à l'étude des injections hypodermiques dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Médication éthéro-opiacée. — *M. Delacour* : De la dilatation des bronches chez les enfants — *M. Daillet* : Contribution à l'étude des ténonites, de la capsulotomie ténonienne et de ses indications. — *M. Jaulin* : Sur la tuberculose de l'appareil lacrymal. — *M. Rolland* : De l'hémarthrose et de son traitement. — *M. Cazals* : Contribution à l'étude des varices de la saphène interne au niveau de son embouchure. — *M. Toledo y Herrarte* : De la mélanose hépatique. — *M. Gibotteau* : Influence de l'hystérie sur la marche de la tuberculose pulmonaire. — *M. Lafont* : De l'emphysème sous-cutané consécutif aux maladies de l'appareil respiratoire d'origine médicale. — *M. Sarremone* : Malformations de la cloison

65e ANNÉE, 9e SÉRIE. TOME I — N° 28 — 14 JUILLET 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'évolution des maladies infectieuses.

Par le Dr CH. FIESSINGER (d'Oyonnax).

Outre la révolution qu'elles ont déchaînée et dont le premier résultat s'est affirmé par une conception précise des maladies infectieuses, les études de microbiologie ont eu un autre résultat : démontrer la souveraineté de la clinique. Nul ne conteste au microbe ses titres de noblesse ; peut-être, au temps jadis, était-on recevable à lui reprocher un triomphe quelque peu tapageur. A côté des laboratoires, s'obstinaient des malades dont les milieux de culture étaient plus complexes que ceux qui étaient stérilisés dans les autoclaves. La cellule vivante n'ayant pas disparu de ce monde, force a été au microbe de s'incliner devant elle, comme devant une puissance de plus haute lignée et d'une autorité autrement incontestée que la sienne. Cet hommage n'a pas été consenti sans diverses raisons à l'empire desquelles il était difficile de se soustraire.

L'âge d'or est passé où chaque maladie infectieuse apparaissait suivie d'un microbe qui n'appartînt qu'à elle. Elles sont rares, les infections qui bénéficient de semblable prérogative. Citons la tuberculose, la lèpre, la morve, le charbon, le tétanos et la majorité des noms est inscrite sur la liste. Quant à la syphilis et à la rage, leur agent pathogène est inconnu, et on cherche en vain un microbe spécifique aux fièvres éruptives.

La plupart des maladies infectieuses se contentent de germes pathogènes peu différenciés dont elles se partagent la propriété. Ces germes font partie d'espèces communes, fort répandues et, comme telles, sujettes à variations infinies (1). Ainsi, le seul streptocoque répondra à l'appel de nombreuses entités morbides : phlegmons, érysipèles, anthrax, septicémies puerpérales, angines, grippes, bronchites, endocardites, néphrites, etc. Préposé à des fonctions multiples, le streptocoque n'a pas même l'honneur de remplir ces fonctions à lui seul : des microbes rivaux interviennent qui satisfont avec un succès égal à des maladies identiques. Le pneumocoque et le staphylocoque, pour ne citer que ceux-là, disputent au streptocoque la spécialité du pus, de l'angine, de la bronchite, des inflammations diverses. Un microbe pour plusieurs maladies, plusieurs microbes pour une maladie : voilà ce que notera le bactériologue déçu. Et il ne sera pas au bout de ses mécomptes.

Si peu constants dans leurs effets, les microbes ne restent pas davantage invariables dans leur forme. Ils subissent des modifications morphologiques tout à fait lamentables. MM. Guignard et Charrin (2) ont obtenu le bacille pyocyanique sous l'aspect de bactérie et de bacille ; ce bacille tantôt court, tantôt long, reste droit, se recourbe, se métamorphose au hasard du milieu de culture. Il devient à volonté un microcoque, un filament spiralé. Et le bacille pyocyanique n'est pas seul de son espèce. Se rappelle-t-on la mutabilité étrange du microorganisme que MM. Teissier, Roux et Pittion (3) ont décrit dans la grippe? Cultivé dans le sang, c'est un streptocoque ; dans l'urine, il se transforme en diplobacille d'apparence encapsulée ; sur agar, il devient un staphylocoque. M. Arloing (4), à son tour, n'a-t-il pas insisté sur le polymorphisme curieux du streptocoque et des microcoques en général?

Soit, disent les bactériologues ; nous renonçons à distinguer ces microbes par leur forme ; nous admettons l'instabilité de leurs effets pathogènes. Un seul caractère reste hors de contestation : les réactions microbiennes différentes dans les tubes de culture. Et MM. Chantemesse et Widal (5) de nous présenter le bacille d'Eberth. Il ne fait pas fermenter les sucres celui-là, et c'est une des proprié-

(1) DARWIN : Origine des espèces (Reinwald, édit., 1876, p. 58).

(2) GUIGNARD et CHARRIN : Sur les variations morphologiques des microbes (*Semaine Médicale*, 1887, p. 499).

(3) TEISSIER : La grippe-influenza (J.-B. Baillière, 1893, p. 32).

(4) ARLOING : Variations morphol. et pathol. de l'agent de l'infection purulente (*Lyon Médical*, 20 mai 1894).

(5) CHANTEMESSE et WIDAL : Différenciation du bacille typhique et du bacterium coli commune (*Semaine Médic.*, 1891, p. 415).

tés qui rompent toute espèce de parenté entre lui et le bacterium coli. Erreur ! ripostent MM. Rodet et Roux (1). Le bacterium coli fait aussi fermenter les sucres et la raison en est bien simple : entre le bacterium coli et le bacille d'Eberth, la parenté est on ne peut plus proche ; ils ne constituent qu'une seule espèce microbienne. Qui croire ? De part et d'autre, la bactériologie entasse des arguments sous lesquels l'adversaire doit être infailliblement écrasé. L'adversaire ne se déclare pas touché. Confinée dans le laboratoire, il n'y a pas de raison pour que la discussion cesse. Heureusement que la clinique s'est posée en arbitre. Elle a démontré l'existence d'épidémies de fièvre typhoïde dans des localités rurales où, de mémoire d'homme, cette maladie n'avait régné, où son importation n'avait assurément pas été effectuée (2). Nous-même avons relaté une épidémie de ce genre (3). Cinq typhoïdiques alités coup sur coup dans un village écarté du Jura : pas de fièvres typhoïdes antérieures dans le village ; pas d'habitants sortis ; pas d'étrangers arrivés. Les malades avaient guéri en trois et quatre semaines après avoir copié le tableau symptomatique habituel : diarrhée, taches rosées, hypertrophie du foie et de la rate, symptômes pulmonaires, adynamie, etc., etc. Il n'existait pas de grippes dans le pays, si bien que le diagnostic de grippe à forme typhoïde n'était pas à discuter. A quelle cause rapporter cette épidémie de fièvre typhoïde ? Le bacille spécifique était absent de la région et n'avait pas été importé. Six ans auparavant avaient bien régné quelques affections fébriles d'une dizaine de jours de durée ; mais il n'est pas sûr que cela fût de la fièvre typhoïde. Au lieu de songer à une reviviscence très problématique d'un germe spécifique, nous croirions plutôt à la spontanéité morbide, cette spontanéité impliquant la possibilité, pour des germes qui vivent en habitués inoffensifs de nos cavités muqueuses, de récupérer de la virulence. Vraisemblablement, c'est ici le bacterium coli, dont la responsabilité est engagée ; à la campagne, on trouve des matières fécales un peu partout, même au bord des sources; d'où contamination des eaux potables et infection typhique sur des organismes prédisposés. On voit que MM. Rodet et Roux semblent triompher avec l'appoint de la clinique.

Voici encore le bacille de la tuberculose et le bacille aviaire ; les cultures de la tuberculose humaine sont sèches, écailleuses ou verruqueuses ; celles de l'aviaire sont humides, grasses, plissées et molles. MM. Straus et Gamaleia (4) concluent à deux espèces distinctes. Protestations de MM. Grancher et Martin (5), Cadiot, Gilbert et Roger (6), Arloing (7), Courmont et Dor (8) et démonstration que les caractères différentiels des cultures peuvent être supprimés à volonté (Fischel) (1). Les autres attributs qui séparent les deux espèces microbiennes ne sont pas de stabilité plus assurée. Le bacille aviaire et le bacille de Koch ne sont qu'un microorganisme unique dont les réactions varient avec le milieu où il a vécu.

Donc étiologie microbienne multiple pour une maladie déterminée, aptitude pour un microbe de produire des maladies diverses, variations morphologiques de ce microbe, réactions différentes dans les bouillons de culture : voilà un ensemble de données susceptibles de modérer l'enthousiasme des bactériologues qui découvrent journellement des espèces microbiennes nouvelles. L'ancienne médecine avait décidément du bon : l'observation naïve du malade la conduisait à des résultats plus solides.

II

Il suffisait de regarder; dans la pathologie infectieuse prennent place deux groupes de maladies : celles qui ne sont pas contagieuses et dont l'évolution spontanée est habituelle ; celles qui sont contagieuses et proviennent d'une maladie de même nature. Ces deux groupes sont reliés l'un à l'autre par des types intermédiaires : certaines maladies ne sont pas contagieuses et se développent spontanément ; mais la contagiosité est un attribut dont elles se parent volontiers, en sorte que leur caractère de spontanéité se trouve effacé peu à peu.

La grippe endémique, par exemple, ne se transmet guère par contagion ; elle se montre dans des habitations écartées, en dehors de toute contagion antérieure ; mais du jour où la gravité des phénomènes généraux accuse l'intensité de l'infection, la contagion s'opère. La contagion est même portée à l'extrême dans cette variété virulente de la grippe endémique que l'on a baptisée du nom d'influenza (2).

De même pour la pneumonie : assurément le pneumonique ne gratifie que rarement son entourage de l'infection qui le tient alité ; mais les épidémies de pneumonie nous ont appris que dans maints cas, où la contagion de la pneumonie est manifeste, elle a rayonné autour d'un malade sévèrement atteint et qui avait succombé (3) ; cela ne semble-t-il pas prouver que la gravité de la pneumonie s'était accompagnée d'une exaltation correspondante dans les propriétés contagieuses du germe pathogène ?

Les diarrhées cholériformes se distinguent par des particularités identiques : la contagiosité se réveille avec le pronostic progressivement assombri. A M. le professeur Peter (4) revient l'honneur d'avoir comblé le fossé de séparation creusé de par la bactériologie entre les diarrhées cholériformes et le choléra indien. En signalant l'existence du bacille virgule dans les choléras de la banlieue parisienne et son absence dans les choléras de la capitale, M. Netter (5), en 1892, tendait à conclure que le choléra de la capitale n'était pas du choléra asiatique. La haute gravité de ce choléra qui n'était pas le choléra asiatique (trois malades avaient succombé sur dix) laissait sup-

(1) Rodet et Roux : Bacillus coli communis et bacille d'Eberth (*Semaine Médic.*, 1891, p. 422).

(2) Kelsch : Traité des maladies épidémiques (Doin, 1894, p. 363).

(3) Fiessinger : La spontanéité des maladies infectieuses (*Gazette Médicale*, 1892, n° 23).

(4) Straus et Gamaleia : La tuberculose humaine ; sa distinction de la tuberculose des oiseaux (*Arch. de Méd. expérim. et d'Anat. pathol.*, 1891, p. 451).

(5) Grancher et Martin : Congrès pour la tuberculose, p. 19.

(6) Cadiot, Gilbert et Roger : Tuberculose humaine et tuberculose aviaire (*Sem. Méd.*, 1891, p. 298).

(7) Arloing : Leçons sur la tuberculose, rédigées par Courmont, p. 182.

(8) Courmont et Dor : Tuberculose aviaire (*Semaine Médicale*, 1891, p. 298).

Courmont : Sur les rapports de la tuberculose aviaire avec la tuberculose des mammifères, 1893, p. 417.

(1) Cité par Courmont, ibid., p. 418.

(2) Fiessinger : La grippe endémique (*Semaine Médicale*, 1893, p. 61).

(3) Fiessinger : La pneumonie à Oyonnax (Paris, Doin, édit., 1891).

(4) Peter : Choléra indien ou choléra nostras (*Semaine Médic.*, 1892, p. 209).

(5) Netter : Recherche bactériol. sur les cas de choléra ou de diarrhée cholériforme (*Semaine Médicale*, 1892, p. 294).

poser avec autant de raison peut-être que le bacille virgule n'était pas un microorganisme indispensable et qu'il existait au début des épidémies des cas de choléra où l'intervention du bacille virgule n'était pas ponctuellement requise. Lorsque ce bacille existe, il n'est pas toujours semblable à lui-même; il varie suivant les nationalités : on a le bacille indien, le bacille romain (Celli et Santori, 1893), le bacille portugais (Chantemesse) (1). Tant d'étiquettes distinctes jettent un peu de doute sur la spécificité du produit.

Et puis la clinique n'a-t-elle pas enregistré l'existence fréquente de diarrhées cholériformes qui précédaient les épidémies de choléra?

Etablir une relation de cause à effet entre ces diarrhées et le choléra consécutif a été l'œuvre des médecins qui ne voyaient que la virulence de ces diarrhées à invoquer dans les nombreuses épidémies où l'étiologie de l'importation se trouvait en défaut. Seulement cette hypothèse ne fait que reculer la difficulté : il reste à découvrir l'origine de ces diarrhées. Une contamination par les eaux de boisson est possible ; peut-on affirmer que cette contamination a été opérée par le bacille virgule? Dans les campagnes sévissent presque tous les ans, à la période des chaleurs, des cas de choléra sporadique. Ces choléras surgissent parfois dans des hameaux où on ne se souvenait pas d'avoir vu semblable maladie, tout mode de contamination antérieure et l'idée d'une reviviscence de germes anciens étant d'ailleurs inadmissibles. Où chercher un bacille spécifique en pareille occurrence? Admettons que l'infection provienne d'un germe charrié par l'eau alimentaire ; on ne peut vraiment doter ce germe de propriétés bien dangereuses, puisque, dans un groupe de population, de toutes les personnes qui absorbaient ce germe une seule est tombée malade. La virulence du germe n'existait probablement pas en dehors du malade sur lequel elle s'est manifestée ; cette virulence, le malade l'a créée. A supposer que le microbe pathogène soit venu du dehors, c'est l'organisme qui a fait la spécificité de ce microbe.

Or, aucun caractère qui sépare ces cas de choléra isolés des diarrhées cholériformes qui annoncent l'arrivée prochaine du choléra asiatique. D'autant que la contagion peut exister dans les deux cas. Mais cette contagion n'acquiert dans les épidémies de nos campagnes qu'une puissance d'expansion très limitée, tandis que, dans les diarrhées prémonitoires du choléra, elle constitue un péril qui s'accroît avec le nombre des victimes par la pollution des eaux à laquelle la multiplication des cholériques expose. Non pas que l'eau soit le véhicule unique du germe cholérique ; la contagion directe est observée (2).

Le fait qui nous importe n'est toutefois pas celui-là ; nous n'avons pas à nous occuper de la manière dont le choléra se propage. La possibilité de cette propagation seule nous intéresse ; or, non seulement, lors de l'invasion du choléra asiatique, la propagation des diarrhées rayonne dans un périmètre de plus en plus étendu, mais avec la diffusion augmente la gravité du mal. Le bacille virgule apparaît dans les selles et cette apparition n'est peut-être pas toujours imputable à la résurrection d'un germe latent. Lors de l'épidémie cholérique qui a sévi en 1892 dans le département de la Seine, le mal a été signalé dans des endroits qu'il avait épargnés en 1884 (1) ; rien n'est moins certain que cette étiologie qui accuse un bacille absent d'une localité des méfaits qui s'y produisent huit ans plus tard. Quoi qu'il en soit, l'épidémie de choléra asiatique est constituée. Parvenue à ce degré d'évolution, la maladie parcourt des régions plus ou moins vastes suivant les précautions sanitaires prises. Dès qu'elle s'annonce dans une localité, c'est avec la carte du choléra asiatique; point n'est besoin de diarrhées cholériformes qui servent d'introducteurs. L'éducation virulente du germe pathogène est achevée ; cette éducation n'a plus rien à apprendre; beaucoup le constateront à leurs dépens.

Il semble, en conséquence, que les épidémies de choléra peuvent être rangées dans l'une des classes suivantes : 1° la maladie naît sur place ; sa contagion et sa gravité ne se développent le plus souvent qu'après des diarrhées prémonitoires, lesquelles ont apparu spontanément comme la grippe endémique et dans d'autres cas sont dues à la floraison virulente dans laquelle s'épanouissent des germes anciens ; 2° la maladie est importée. La puissance contagieuse et la sévérité du pronostic s'imposent dès l'abord, simulant dans la propagation rapide du mal les épidémies d'influenza.

Soutenir que les érythèmes scarlatinoïdes infectieux et la scarlatine sont unis par les mêmes affinités que les diarrhées cholériformes et le choléra pourra paraître hardi ! et cependant, ni la bactériologie, ni la clinique, ni l'épidémiologie ne s'opposent à une telle manière de voir qui concorde mieux avec les faits que l'hypothèse généralement admise de la spécificité de la scarlatine (2). Disons seulement que l'immunité de la scarlatine n'est pas absolue et que c'est là un attribut de valeur assez infidèle pour d'autres maladies infectieuses dont les types intermédiaires ne sont pas effacés (fièvre typhoïde, grippe, diphtérie).

L'idée de spontanéité de la diphtérie est combattue avec moins de vigueur que celle de spontanéité de la scarlatine.

Dans la bouche de 59 enfants de village atteints de maladies diverses, MM. Roux et Yersin (3) ont trouvé 26 fois un bacille pseudo-diphtéritique qui est relié au bacille diphtéritique vrai par tous les intermédiaires morphologiques et de virulence. Cette découverte explique les explosions de diphtérie dans des milieux où ni la persistance d'un germe pathogène ancien ni l'importation d'un germe pathogène spécifique ne peuvent être accusées d'avoir produit la maladie. Nous avons publié cinq observations de ces diphtéries dont la genèse autochtone ne peut guère être révoquée en doute (4). M. Guyot (5) nous a dernièrement laissé la relation d'une épidémie qui s'était développée sans avoir été causée par une contagion médiate ou immédiate.

(1) Chantemesse : L'épidémie cholérique de Lisbonne (*Semaine Médicale*, 13 juin 1894).

(2) Noel : Le choléra à la maison départementale de Nanterre — Th. Paris, 1893.

(1) Hauser : Le choléra dans la banlieue de Paris en 1892 (*Médec. Moderne*, 9 juin 1894).

(2) Fiessinger : Les érythèmes scarlatinoïdes (*Semaine Médic.*, 1893, p. 332).

(3) Roux et Yersin : (*Ann. Institut Pasteur* n° 7, 25 juillet 1891).

(4) Fiessinger : La spontanéité des maladies infectieuses (*Loc. Cit.*).

(5) Guyot : Relation d'une épidémie de diphtérie à Villefranche (*Lyon Médical*, 10 juillet 1892).

Les foyers de diphtérie aviaire incriminés par M. le professeur Teissier manquent assez fréquemment.

Le bacille diphtéritique, qui occupe déjà une place élevée parmi les spécificités microbiennes, ne se transmet pas toujours par contagion. On comprend que les germes pathogènes situés plus bas que lui ne possèdent le privilège contagieux qu'à un titre encore bien inférieur. Tel, par exemple, l'érysipèle. Les cas spontanés de cette maladie, due au streptocoque, sont incomparablement plus fréquents que ceux qui se rapportent à une contamination antérieure.

Que si le germe pathogène est absolument inconnu, comme celui du typhus, car les recherches de MM. Thoinot et Calmette (1), Lewaschew (2), Dubief et Bruhl (3), etc., n'ont pas dissipé le mystère de son étiologie microbienne, le clinicien n'en note pas moins la genèse autochtone de cette maladie. Un tel fait s'impose; MM. Nielly (4) et Kelsch (5) l'admettent sans réserve. Tant pis s'il est en contradiction avec les idées modernes. On dirait, en vérité, que les doctrines ont puissance de pétrir à leur guise l'aspect des choses; que l'on se serve de ces doctrines pour interpréter les faits, rien de mieux; mais que l'on use d'elles pour rejeter les faits gênants, le procédé est moins licite. A l'employer, on interpose la prénotion comme un voile entre l'observateur et la réalité. Déchirer ce voile est utile de temps à autre.

De même que les autres maladies infectieuses dont l'origine spontanée est probable, il est à remarquer que le typhus n'acquiert pas immédiatement les propriétés contagieuses qui le rendent si redoutable, quand l'épidémie bat son plein. Au début, il ne s'adresse qu'aux faméliques et respecte les classes sociales moins abandonnées du sort. C'est là une particularité qui le distingue de la fièvre typhoïde, dont la genèse autochtone est du reste plus rare; bien que, dans ces circonstances, la fièvre typhoïde soit très peu contagieuse et se révèle plutôt par une série de cas simultanés, que par des malades frappés à un certain intervalle les uns des autres, elle ne se localise toutefois pas à une catégorie spéciale d'individus. Qu'elle se manifeste sous forme d'embarras gastriques fébriles ou de fièvres typhoïdes, les mauvaises conditions hygiéniques favorisent son invasion que l'hygiène la mieux comprise n'arrête pas.

III

Les maladies infectieuses dont nous avons parlé jusqu'à présent se caractérisent par leur spontanéité possible et par une contagiosité qui augmente peu à peu avec l'intensité de l'infection. Il est difficile de spécifier le moment précis où la grippe endémique tourne à l'influenza, où la diarrhée cholériforme devient choléra, où l'érythème scarlatinoïde doit être classé comme scarlatine. Une hésitation empêche le clinicien de se prononcer, le diagnostic se rapportant à une entité morbide qui sort des cadres nosologiques et participe à la fois des caractères inclus dans deux cadres voisins. Les livres nous racontent que telle maladie est contagieuse, que telle autre ne l'est pas; d'où la conclusion qu'il s'agit de deux maladies distinctes. La clinique nous apprend que rien n'est aléatoire comme le privilège de contagiosité et que cela se gagne ou se perd au petit bonheur des constitutions médicales.

Que le gain ait été si fort que la ruine ait paru jusqu'aujourd'hui impossible, cela se voit pour un certain nombre de maladies qui siègent dans l'éclat d'une virulence superbe. Aucun rapprochement à tenter entre ces espèces triomphantes de richesse contagieuse et les misérables entités morbides qui restent claustrées au domicile de leur première victime, ou ne rayonnent que péniblement dans son voisinage. La variole, la rougeole, la fièvre jaune sont de ces puissances qui traversent avec fracas le royaume de l'infection. Et cependant est-il bien sûr qu'elles sont complètement étrangères aux entités morbides qu'elles croisent au passage? En y regardant de près, on aperçoit une communauté de traits difficile à méconnaître entre ces pyrexies tapageuses et d'autres affections à allures infiniment plus discrètes. En face de la rougeole, voici la rubéole; la variole admet un Sosie atténué dans la varicelle; la fièvre jaune rappelle l'ictère grave.

C'est là un fait très curieux que cette similitude clinique entre des espèces morbides dont la nosologie s'est efforcée de déchirer les liens de parenté. Elles diffèrent, semble-t-il, les unes des autres, surtout par la spontanéité possible et la puissance contagieuse moins accusée de quelques-unes d'entre elles.

Que l'ictère grave infectieux apparaisse spontanément, le fait n'est pas mis en doute: ce que l'on ignore, ce sont les relations qu'il affecte avec la fièvre jaune, en sorte qu'il n'est prouvé que cette dernière constitue une forme virulente de l'ictère grave.

La dificulté est encore plus grande pour la rubéole et la varicelle. C'est une hérésie d'admettre que ces fièvres éruptives puissent apparaître en dehors de la contagion.

Les observations qui montrent de ci, de là, l'évolution d'une rubéole ou d'une varicelle que ne justifie pas la présence d'une rubéole ou d'une varicelle antérieures, ces observations n'ont qu'à se retirer de la voie où roule la spécificité microbienne: elles seraient infailliblement écrasées. En 1889, une petite épidémie de rubéole a régné à Oyonnax; il nous a été impossible de découvrir une origine contagieuse au premier cas; depuis plusieurs années nous n'avions pas vu de rubéoles. Cette maladie était absente du pays. Une dizaine d'enfants furent frappés en juin et juillet, et ne présentèrent qu'un exanthème sans élévation thermique. L'éruption était constituée par une série de petites taches rouges, à bords nets, devenant parfois confluentes sur les lombes et les fesses. Le catarrhe muqueux ne s'était traduit que par une rougeur de la conjonctive; on ne nota ni coryza, ni toux, ni angine.

Or, ces rubéoles furent suivies à quelques semaines d'intervalle par une épidémie de rougeole fort grave (1); non

(1) Thoinot et Calmette : Note sur quelques examens de sang dans le typhus (*Ann. de l'Institut Pasteur*, janvier 1892).

Calmette (*Ann. de micrographie*, février 1893).

(2) Lewaschew : Les microbes du typhus exanthématique (*Vratch.*, 1892, n°s 11 et 17).

(3) Dubief et Bruhl. — Le microbe du typhus exanthématique (*Semaine Médicale*, 1893, p. 181).

(4) Nielly. — Article Typhus du dictionnaire de Dechambre, p. 606.

(5) Kelsch. — Traité des maladies épidémiques, 1894, p. 502.

(1) Fiessinger : La rougeole à Oyonnax, *in* rapport général sur les épidémies, par le professeur Bouchard (Masson, édit., 1891, p. 30).

pas que la transformation de rubéole en rougeole ait été établie de ce fait; le premier cas de rougeole avait été importé. Seulement, chez les premiers morbilleux, l'incubation avait parfois été si minime — de 4 jours, par exemple — que nous nous demandons si la rougeole importée était bien la cause de tous les cas consécutifs et si, dans le nombre, il n'avait pu se glisser quelques rougeoles communiquées par une rubéole antérieure.

C'est une curieuse lutte que celle qui a pour objet la spécificité de la varicelle; les uns l'arrachent au domaine de la variole, les autres l'y maintiennent avec acharnement. Nous ne désespérons pas que la victoire finisse par appartenir aux seconds, les arguments qu'on leur oppose n'ayant peut-être pas toute la valeur qu'on s'imagine. La non-immunité que la varicelle laisse vis-à-vis de la variole n'impose pas forcément une différenciation de nature entre les deux maladies : on peut considérer le virus de la varicelle comme étant trop atténué pour garantir efficacement contre celui de la variole. Que si l'on objecte que c'est là une hypothèse, nous répondrons que la doctrine spécifique de la varicelle est, elle aussi, une hypothèse et que c'est peut-être un tort de la médecine d'accepter comme des vérités indiscutables des hypothèses dont l'unique mérite est la vétusté ou la non-démonstration.

La spontanéité de la varicelle n'est pas admise; quelques faits recueillis dans des fermes isolées de la montagne nous portent à penser que c'est là un point de doctrine qui demande à être revu. La maladie se déclarait sans qu'un contact infectant ait été noté directement ou indirectement avec un varicelleux antérieur. Après le mémoire de M. Talamon (1), nous avons recherché l'influence de la vaccine sur la propagation de la varicelle; jusqu'aujourd'hui nous n'avons pas recueilli de faits confirmant cette ingénieuse théorie.

En règle générale, le type intermédiaire qui relie la rubéole à la rougeole, la varicelle à la variole, l'ictère grave à la fièvre jaune échappe aux recherches du praticien. Les espèces précédentes ne semblent sujettes à transformations que dans des circonstances exceptionnelles, et bien des médecins les considèrent comme des catégories naturelles dont les caractères sont d'ordinaire fixés grâce à l'action de l'hérédité de la race (2).

Cette remarque est vraie pour d'autres entités morbides : le purpura infectieux, par exemple, et le scorbut, l'urétrite et la blennorrhagie, la maladie de Morvan et la lèpre. Bien qu'il semble qu'on ait quelque peu abusé de la théorie des germes spécifiques latents, et qu'on ait oublié que cette spécificité peut sortir de l'organisme infecté, on a affaire dans la maladie de Morvan à une espèce morbide, si différenciée, qu'elle a droit de se réclamer de lèpres acquises par contagion, et dégénérées par l'ancienneté de la maladie (3). Soit dit en passant, cette maladie de Morvan nous offre un curieux exemple d'erreur nosologique due à une observation trop étroite des faits. C'était de lèpre qu'il s'agissait, et la nature réelle de la maladie n'avait passé inaperçue que parce qu'on considérait comme démontrée l'hypothèse que la lèpre n'existait plus en France.

Les analogies cliniques que nous avons relevées entre les maladies précédentes ne vont pas jusqu'à dissimuler les différences qui les séparent. Or, ces différences, pour d'autres maladies infectieuses, sont telles qu'elles isolent complètement les entités morbides qui les présentent, aucun tableau clinique n'étant comparable à celui de ces espèces morbides. Non seulement le type intermédiaire n'existe plus dans ces cas; mais la forme spontanée et peu ou point contagieuse a également disparu. Il ne subsiste que l'espèce à virulence très spécialisée qui règne sur un trône dont l'accès était sans doute occupé par des espèces à virulence moindre. Ces espèces se sont effondrées avec les marches qui les soutenaient et nul ne les a retrouvées. La syphilis ne naît plus spontanément, ses formes les plus atténuées proviennent de syphilis antérieures. La rage, la morve, le charbon, le tétanos nous échappent dans leurs formes de genèse autochtone. Peut-être la rage (1) et la morve (2) éclatent-elles encore de temps à autre spontanément la première chez le chien et la seconde chez le cheval! Quant à l'homme, il est régulièrement atteint par contagion.

Ce groupe d'entités morbides se dresse sur les décombres d'espèces à virulence intermédiaire dont le souvenir ne nous est pas parvenu. Représente-t-il le terme ultime de l'évolution à laquelle parviennent les maladies infectieuses? N'existe-t-il pas une série de phases ultérieures qui se révèlent à nous par une décroissance de virulence et la disparition progressive de l'espèce? La syphilis est moins grave qu'autrefois; arrivera-t-il une époque où elle renforcera la classe vénérable des maladies qui s'enfoncent dans la légende du passé?

Pourra-t-on généraliser cette hypothèse qui, d'un saprophyte vivant sur nos téguments, dans nos cavités muqueuses, répandu autour de nous, en fait une espèce mère, comme un arbre d'où divergent des rejetons de plus en plus spécialisés, en sorte qu'à l'extrémité des branches s'épanouisse le bouquet de la spécificité morbide? Au point de vue philosophique une telle conception, vers laquelle tend M. le professeur Bouchard (3), ouvre des perspectives infinies; l'avenir nous renseignera sur sa valeur intrinsèque.

IV

Les occasions qui transforment une maladie spontanée en maladie contagieuse tiennent en partie aux variations directes de la virulence microbienne. Il est probable que les conditions météorologiques influent sur cette virulence. M. Netter (4) a démontré le fait pour le pneumocoque. Il semble, toutefois, que cette action sur les microbes qui tire son origine des conditions climatériques ambiantes est moins puissante que celle qui est provoquée par l'organisme infecté lui-même. La question de terrain prime la question de graine. Un terrain affaibli par les excès, les privations, les substances toxiques offre une

(1) Talamon : Vaccine et varicelle (*Médecine Moderne*, 20 janvier 1894).

(2) Sanson : L'hérédité normale et pathologique (Paris, 1894; Asselin et Houzeau).

(3) Zambaco : Les lépreux en Bretagne (*Semaine Médicale*, 1892, p. 342). Leloir (*Semaine Médicale*, 1893, p. 79).

(1) Bouley : Art. Rage du dictionnaire de Dechambre, p. 56.

(2) Bouley : Art. Morve du dictionnaire de Dechambre, p. 86.

(3) Bouchard : Thérapeutique des maladies infectieuses, 1889 (Savy, édit., p. 54).

(4) Netter : *Traité de Médecine*, t. IV, p. 870.

prise plus large à la maladie infectieuse. Ce terrain peut encore être rendu plus vulnérable par l'établissement d'une maladie infectieuse primordiale, laquelle étant déterminée par contagion se complique ensuite d'une maladie infectieuse spontanée et secondaire.

Nous parlerons d'abord des terrains affaiblis sans qu'une pyrexie soit cause de cet amoindrissement de résistance.

En temps d'épidémie cholérique, quels sont les premiers atteints? Dans les villes du littoral, ce sont les ouvriers du port, misérables et alcooliques (1). Et cependant l'importation maritime ne peut toujours être établie. Le scorbut se répand dans les populations privées de végétaux frais et, quand il se développe dans les prisons, il ne s'étend pas au delà des prisonniers qui entretiennent un moral déjà déprimé à l'aide d'une alimentation de qualité inférieure. Le typhus est tout d'abord la maladie des meurt-de-faim ; la fièvre jaune respecte l'indigène et s'attaque à l'européen dont le foie est congestionné par le séjour dans les pays chauds.

Toutefois, quand l'épidémie est entourée d'un cortège de virulence suffisant, elle se passe du concours que lui prête un organisme en mauvais état de défense. Elle exerce ses ravages au hasard des victimes qu'elle rencontre. Il n'est pas certain que les noirs ne doivent leur immunité vis-à-vis la fièvre jaune à une atteinte antérieure et atténuée de cette maladie. De même, à moins d'une atteinte antérieure, la variole et la rougeole passent victorieusement au-dessus des obstacles que leur oppose le fonctionnement le plus régulier des tissus sains.

A plus forte raison, quand les tissus sont déjà en lutte avec une maladie infectieuse première, sont-ils exposés à l'assaut d'une maladie infectieuse seconde. On a quelque peu exagéré l'importance des infections secondaires : leur cadre a été rétréci, un certain nombre de ces infections secondaires appartenant au tableau de la maladie primitive. Mais, qu'il s'agisse ou non d'infections secondaires, voici un fait qui mérite l'attention : lorsqu'une de ces infections élit domicile dans un organe, le germe pathogène trouve à l'occasion dans cet organe un milieu de culture qui le dote de propriétés nouvelles et lui permet de se communiquer par contagion en affectant l'allure d'une maladie primitive. Cette maladie primitive se localise sur l'organe qui avait été le siège de l'infection secondaire. Ainsi la tuméfaction parotidienne qui complique la grippe a pouvoir de se développer pour son propre compte et de simuler les oreillons (2); on ne peut affirmer que les érythèmes scarlatinoïdes qui surviennent au cours d'une maladie infectieuse ne soient capables, dans des circonstances très rares sans doute, de faire de la scarlatine vraie; et la scarlatine réalisée, nul n'ignore que la néphrite scarlatineuse se transmet sous forme de néphrite simple sans scarlatine.

Les épidémies de coqueluche suivent d'ordinaire les épidémies de rougeole; l'importation de la coqueluche est parfois très problématique; peut-on admettre que le germe de la rougeole, cultivé dans les voies respiratoires des morbilleux, acquière des propriétés virulentes qui lui permettent de faire de la coqueluche ? M. Courmont (1) nous a appris que la bacille de Nicolaïer n'est pas toxique, mais qu'il renferme un ferment qui produit aux dépens de l'organisme la véritable substance tétanisante. Puisque l'organisme dans son ensemble est capable de créer des poisons dont l'action commande la symptomatologie de la maladie, est-on recevable à supposer que chaque organe en particulier est susceptible de doter certains microbes de propriétés spéciales ? Ce que l'on sait de la sécrétion interne des organes fait penser que cette sécrétion ne reste pas sans effet sur les virulences microbiennes.

En art, comme en science, l'exactitude ne suffit pas pour mener une tâche à bonne fin; au-dessus de l'exactitude plane la vérité qui correspond à la compréhension philosophique de l'œuvre. Si, privée de l'appui que lui prêtent les recherches exactes, la vérité risque de s'égarer dans le champ des hypothèses gratuites, en revanche, l'exactitude livrée à ses seules ressources ne fera que besogne stérile, parce qu'envisageant les choses de trop bas, elle n'en saisira qu'un aspect restreint et méconnaîtra la configuration de l'ensemble. La clinique habitue à regarder de haut : elle expose parfois à des erreurs doctrinales. La bactériologie s'isole un peu trop dans les laboratoires. L'accord de la clinique et de la bactériologie pourra seul nous valoir des travaux vraiment intelligents. M. le professeur Bouchard et son école ont depuis longtemps affirmé la nécessité de cet accord.

(1) Pompidor : Relation d'une épidémie de choléra en Bretagne. — Th. Paris, 1883.

(2) Fiessinger : Oreillons et tuméfaction parotidienne dans la grippe (*Gaz. Médic.*, 24 sept. 1892).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juillet. — Présidence de M. Jules Rochard.

Névrite périphérique du membre inférieur et gangrène douloureuse du pied.

M. Panas lit un rapport sur une observation de M. Piedvache. Chez un homme de 22 ans, se produisit un mal perforant au niveau du gros orteil droit. Peu à peu, de vives douleurs apparurent et, 18 mois après le début du mal, le gros orteil se détacha spontanément du pied, au niveau de son articulation métatarsienne. Malgré cette élimination, les douleurs restèrent si violentes dans le pied et la jambe, qu'on se décida à l'amputation de la jambe au lieu d'élection. La guérison fut rapide et complète, les douleurs s'évanouirent et il persista seulement une légère atrophie de la cuisse.

L'examen de la jambe amputée fit voir que les nerfs étaient atteints de névrite et périnévrite. Les artères, peut-être un peu plus petites qu'à l'état normal, ne présentaient pas trace d'athérôme. C'est à la lésion nerveuse qu'il faut attribuer le mal perforant et la gangrène, la coïncidence de ces deux affections faisant l'intérêt de l'observation.

Pylorectomie avec gastro-entérostomie préalable.

M. Quénu présente les pièces enlevées à une malade de 33 ans, atteinte d'un cancer du pylore qui avait envahi la première portion du duodénum et quelques ganglions lymphatiques.

Depuis six mois, la patiente présentait une intolérance gastrique absolue et de vives douleurs ; la maigreur était devenue extrême.

Le 16 avril, une laparotomie exploratrice confirma le diagnostic

(1) Courmont (*Semaine Médicale*, 1893, p. 122).

porté ; quinze jours après, l'intervention définitive eut lieu. La face antérieure de l'estomac fut anastomosée au jéjunum, au moyen du bouton de Murphy ; dans un second temps, la tumeur fut disséquée entre deux pinces et la première portion du duodénum excisée. Les solutions de continuité duodénale et stomacale furent fermées isolément.

Dix-huit jours après, la malade se levait ; elle mange de tout maintenant, ne souffre plus et a repris ses forces.

L'examen histologique a confirmé la nature épithéliomateuse de la tumeur.

Anurie calculeuse.

M. Leguec lit l'observation d'un malade de 65 ans atteint d'anurie depuis cinq jours. A gauche, le palper éveillait une contraction réflexe des muscles de la paroi. Le malade avait eu jadis des coliques néphrétiques. On diagnostique oblitération calculeuse de l'uretère gauche. Le rein fut abordé par voie lombaire ; 3 petits calculs furent extraits du bassinet ; un 4e, senti dans l'uretère un peu au-dessous du rein au moyen du cathétérisme rétrograde de l'uretère, fut ramené dans le bassinet et extrait. La sonde put alors s'engager librement dans la vessie. Suture au catgut sans drain. Le jour même, le malade urine 1,500 grammes. Au bout de 10 jours, la plaie était réunie par première intention et la guérison parfaite.

Résection cylindrique de l'estomac pour néoplasme du pylore ; guérison persistante.

M. Tuffier a pratiqué, le 21 novembre 1893, une pylorectomie pour cancer du pylore. La tumeur fut excisée entre deux pinces ; la plaie fut affrontée d'abord par une suture muco-muqueuse, puis par une double suture péritonéale. Quinze jours après l'opération, la malade s'alimentait comme tout le monde. L'intérêt de cette observation est que la santé est restée bonne depuis huit mois ; qu'il n'y a aucune récidive ni généralisation. Il est vrai que, lors de l'opération, on ne constata pas de ganglions cancéreux.

L'examen de la tumeur, pratiqué au laboratoire de M. Malassez, a montré qu'on était en présence d'un épithélioma colloïde typique.

Cholécystotomie avec désobstruction des voies biliaires par injections d'éther.

M. Fontan (de Toulon). — Dans un cas de coliques hépatiques avec ictère ayant résisté au traitement médical pendant deux mois, je fis la cholécystotomie et extirpai plus de 30 calculs. Le cathétérisme ne put dégager le canal cystique. Je suturai la vésicule à la paroi abdominale et j'arrivai plus tard à désobstruer les voies biliaires par le cathétérisme consécutif à des injections de quelques gouttes d'éther d'abord, puis de 2 centimètres cubes. Bientôt eut lieu une débâcle de bile et l'ictère et l'amaigrissement disparurent. Cette injection ne cause ni douleur ni réaction inflammatoire.

M. Roussy communique des auto-observations d'influenza contractées en respirant l'air de la chambre d'un influenzé. Il pense que l'agent pathogène de cette maladie est un élément vivant infiniment petit et subtil. Il préconise contre l'influenza de petites doses de phosphate de chaux, créosote, quinine et les pulvérisations d'eau iodée à 1 pour 100.

M Gaube lit un travail sur le traitement de la tuberculose pulmonaire au moyen d'injections albuminoïdes-chlorurées-calciques-magnésiennes-phosphorées, dans les proportions qui existent che l'homme sain, ayant pour but de restituer les produits minéraux à l'organisme tuberculeux qui, comme on le sait, est profondément déminéralisé.

Election d'un associé national.

1re ligne : M. Jacquemin (de Nancy) .... 32 voix *(élu)*.
2e ligne : M. Schlagdenhauffen (de Nancy) .... 21 —
M. Audouard (de Nantes) .... 5 —

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 juillet. — Présidence de M. Déjerine.

Effet de la chaleur sur la toxicité du sérum.

MM. Mairet et Bosc (de Montpellier), après de nombreuses expériences, arrivent aux conclusions suivantes :

1° *Le sérum de sang de chien porté à une température de 52°-53° pendant trois quarts d'heure perd ses propriétés coagulantes, mais conserve ses propriétés toxiques ;*

2° *Ces deux espèces de propriétés, coagulantes et toxiques, sont dues à des substances de nature très voisine,* puisqu'un degré élevé de chaleur (57°) les tue toutes deux, et que l'une ne persiste très marquée en dehors de l'autre que dans des limites thermiques restreintes (52° et 55°) ;

3° De plus, *le temps de chauffe agit sur le degré de toxicité* : un sérum chauffé pendant trois quarts d'heure à 53° tue immédiatement un animal à la dose de 41 c. c. par kilogramme ; ce même sérum chauffé pendant une heure et demie à 53° ne tue plus un lapin du même poids, à cette même dose, qu'au bout de vingt-quatre heures. Les effets sur les fonctions varient aussi ;

4° *L'élévation progressive de la température atténue de plus en plus le degré de toxicité* : ainsi un même sérum, à 52°-53°, tue un lapin à 40 c. c. par kilogramme ; à 57°, il ne le tue pas même à 58 c. c. et, à 59°, 60 c. c. par kilogramme sont insuffisants pour amener la mort, le temps de chauffe étant le même ;

5° Enfin, *à 59°, les propriétés toxiques ne sont pas complètement abolies.*

Emploi du sulfate de spartéine dans la chloroformisation.

MM. Langlois et Maurange. — La spartéine est un régulateur du cœur et diminue l'excitabilité des pneumogastriques (Laborde, Legris, Massin, Voist, Germain Sée). Son emploi peut éviter efficacement la syncope cardiaque primitive qui survient quelquefois au cours de la chloroformisation.

En prenant le tracé manométrique chez un lapin, nous avons pu noter la différence observée dans ce tracé au début d'une chloroformisation sur l'animal normal et sur l'animal spartéiné. L'arrêt respiratoire causé par le contact du chloroforme sur la muqueuse nasale se produit, il est vrai, mais le cœur reprend rapidement son rythme normal.

La diminution de l'excitabilité du nerf vague est à peine indiquée avec des doses faibles de spartéine (0 gr. 03 centigr.) ; néanmoins, elle peut déjà être signalée.

Sur le chien, outre la régularité dans le tracé cardiaque, nous avons noté la persistance de la pression artérielle qui se maintient autour de 10° de hauteur, au milieu d'une narcose profonde.

Nous avons déjà appliqué ce procédé 120 fois sur l'homme (injection de 0 gr. 03 à 0 gr. 04 centigr. de spartéine et 0 gr. 01 centigramme de morphine, quinze minutes avant la chloroformisation), souvent chez des sujets atteints d'affections cardiaques ou pour des interventions de longue durée, telles que laparotomie, opération de hernie étranglée, réduction de luxations ; les pulsations cardiaques se sont toujours maintenues parfaitement régulières et pleines.

De l'action du bicarbonate de soude sur le chimisme stomacal dans l'hypopepsie.

MM. A. Gilbert et Modiano. — Le bicarbonate de soude administré aux hypopeptiques en même temps que le repas déprime le travail chimique de l'estomac d'une façon d'autant plus notable que la dose en est plus élevée. Cette déduction découle d'essais faits avec des doses de 0 gr. 50 centigr., 1 gramme, 2 gr. 50 centigr., 5 grammes et 10 grammes.

Administré au contraire une heure avant le repas, à la dose de 1 gramme, il excite le travail stomacal et le précipite.

Tels sont les effets *immédiats* du bicarbonate de soude.

Les effets *éloignés* sont identiques : qu'il soit administré avant le repas ou pendant celui-ci, l'usage réitéré du bicarbonate de soude amène un relèvement du processus stomacal, une diminution de l'état hypopeptique, une tendance vers la pepsie normale.

En d'autres termes, le bicarbonate de sonde administré dans l'hypopepsie en même temps que le repas exerce une action immédiate défavorable et une action lointaine favorable.

Administré quelque temps avant le repas, il exerce une action immédiate et une action lointaine également favorables.

Ce médicament, dans l'hypopepsie, doit donc être prescrit à jeun, quelque temps avant le repas.

Reflux du contenu vésical dans les uretères.

MM. Félix Guyon et Courtade ont injecté de l'eau colorée au bleu de méthyle dans la vessie de 32 lapins. Dans 20 cas, ils ont observé le reflux dans l'uretère, ce qui contredit les affirmations classiques.

Chez le chien, le reflux n'a eu lieu que 5 fois sur 25.

Ce reflux n'est possible que si la vessie est douée d'une *tonicité suffisante pour réagir* sur son contenu.

Il n'a *jamais* lieu quand la *vessie inerte* se laisse distendre sans résister.

Chez l'homme où la vessie présente quelques analogies avec celle du chien, il est vraisemblable que le reflux est possible, mais certainement fort rare, en raison du développement des fibres musculaires qui forment sangle à l'embouchure des uretères.

Passage des microbes à travers le placenta.

MM. Charrin et Duclert. — Nous avons établi que les toxines bactériennes favorisaient singulièrement le passage des microbes au travers du placenta. Nous avons expérimenté avec l'alcool, le plomb, le mercure, les acides urique et lactique, nous mettant ainsi dans les cas ordinaires soit d'intoxication extérieure, soit de déviation de la nutrition.

Sans vouloir encore donner de solides explications aux faits, nous avons constaté que ces diverses substances agissent comme les toxines. Mais des degrés se sont manifestés ; le plomb, le mercure agissent beaucoup moins vivement que l'alcool ou l'acide lactique qui favorisent le passage microbien, presque aussi vivement que les toxines.

Sclérose combinée de la moelle suivie d'autopsie.

MM. Déjerine et Auscher ont eu l'occasion, au cours de l'autopsie d'un tabétique, de trouver une sclérose primitive des cordons pyramidaux, sans lésion aucune dans les régions sus-médullaires correspondantes.

MM. A. Souques et Marinesco, à l'autopsie d'un amyotrophique, ont pu constater une dégénérescence ascendante de la moelle consécutive à la destruction par compression lente de la queue de cheval et du cône médullaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 juillet. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Hernies gangrenées.

M. Chaput, s'appuyant sur des statistiques des principaux chirurgiens allemands, essaie d'établir que la mortalité des hernies gangrenées tend à baisser d'une façon notable à mesure que la suture primitive de l'intestin entre dans les mœurs chirurgicales.

M. Segond. — Lorsqu'il s'agit d'anus contre nature les chiffres pour moi ne valent rien. Si l'on perd des hernieux à qui on a pratiqué l'anus contre nature, le remords est imputable non à l'opération, mais à la hernie gangrenée elle-même. La preuve nous en est fournie tous les jours, puisque les anus contre nature faits pour les cancers du rectum, par exemple, ne présentent pas une mortalité analogue.

Je tiens à dire hautement que, contrairement à M. Chaput, j'estime qu'une intervention a toujours de l'importance du fait seul de sa durée, et qu'un hernieux, même non anesthésié, aura plus de mal à se remettre d'une opération de 30 minutes (temps minimum indiqué par M. Chaput pour la suture) que de l'anus contre nature.

Cholécystentérostomie.

M. Michaux. — L'observation, sur laquelle je suis chargé de vous faire un rapport, a été présentée, il y a 2 mois environ, à la Société par M. Ricard.

Une dame de 49 ans, examinée par M. Ricard en juin 1893, présentait à cette époque quelques douleurs dans la région hépatique ; le foie et la vésicule biliaire étaient volumineux ; l'état général était resté bon. Il y a dix ans, cette malade avait présenté une crise de colique hépatique ; ce fut d'ailleurs la seule. Quelques douleurs légères subsisterent et encore par intermittences. Elle fut soumise à un traitement médical et revint quelques mois plus tard retrouver M. Ricard. Mais la scène avait changé du tout au tout. L'appétit avait disparu ; il s'était produit des nausées, des vomissements. Le teint est à la fois cachectique et ictérique. Le foie et la vésicule sont devenus énormes. Dans les jours qui suivirent, l'état empira ; on nota quelques frissons. M. Ricard décida d'intervenir. Une incision verticale l'amena sur le foie très hypertrophié ; la vésicule, facilement découverte, fut ponctionnée. La pointe du trocart se promenait librement dans son intérieur et on ne retira que quelques mucosités filantes. La vésicule incisée se montra pleine de calculs polyédriques en nombre considérable, plusieurs milliers, très petits ; leur volume total atteignait à peu près un litre et demi ; quelques-uns étaient gros comme une noisette. La suture de la vésicule à l'intestin fut difficile, mais les suites opératoires ont prouvé qu'elle était régulièrement faite. Les matières se recolorèrent, l'ictère commença à diminuer.

Vers la fin de la 3e semaine, tous les symptômes réapparurent. Ils se compliquèrent des phénomènes habituels des ictères infectieux graves. La malade succomba 53 jours après l'opération.

A priori ce résultat définitif était imputé à deux ordres de causes : à l'insuffisance hépatique d'une part, à une infection d'autre part.

Il y a 8 jours, j'opérai dans des circonstances presque analogues une malade dont je vais me permettre de vous relater l'observation. Il s'agit d'une femme de 64 ans qui fut prise brusquement, il y a 6 mois, d'un ictère intense généralisé en 3 jours et très foncé. 15 jours après survint une colique hépatique. Quand elle fut disparue, l'ictère persista. Je l'examinai et la trouvai très amaigrie, dépourvue d'appétit ; le foie débordait les fausses côtes d'un travers de main ; la vésicule était grosse comme une tête de fœtus. L'examen de l'urine et l'épreuve de la glycosurie alimentaire montrèrent que le foie fonctionnait encore assez bien. Je pris la décision de l'opérer et de lui faire la cholécystotomie. Je trouvai dans la vésicule un litre et demi de liquide peu coloré et un grand nombre de calculs. L'exploration du cholédoque me montra à sa partie inférieure un noyau induré que j'estimai être épithéliomateux et non calculeux. Dans ces conditions, je fis une cholécystenterostomie. L'ictère a disparu.

Les observations intéressantes publiées par MM. Terrier et Reclus nous montrent l'intérêt qu'il y aurait à être renseigné sur les suites éloignées de la cholécystentérostomie. L'abouchement large de la vésicule dans l'intestin n'est-il pas favorable à une infection ?

A la suite de son observation M. Ricard pose à la Société deux problèmes qu'il serait très intéressant de résoudre. Est-il possible de faire le diagnostic de la lithiase intra-hépatique et, dans ce cas, faut-il et comment faut-il intervenir ?

Tout le monde parle de la lithiase biliaire intra-hépatique et personne n'en cite d'observation. Les traités les plus récents de chirurgie sont très vagues à ce sujet. Les bulletins de la Société anatomique, depuis sa fondation en 1826, ont été parcourus sur ma

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 29 — 21 Juillet 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Du mode d'application des substances employées dans le traitement des affections de la peau.

Par M. Cathelineau, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Depuis quelques années, la thérapeutique des affections cutanées s'est considérablement modifiée, grâce à la découverte de corps nouveaux et à l'usage de nouveaux modes d'application des substances employées dans le traitement de ces affections.

Je passerai successivement en revue les pommades, les pâtes, les savons, les emplâtres, les vernis et collodions, les lotions et les glycérés.

Pommades.

On appelle *pommades* des préparations pharmaceutiques de consistance molle que l'on obtient généralement en mélangeant des substances médicamenteuses avec des corps tels que la *vaseline*, l'*axonge*, la *lanoline*.

L'axonge a été pendant longtemps la base unique des excipients, mais elle a l'inconvénient grave de rancir rapidement, par cela même de devenir irritante. Pour obvier à cet inconvénient on emploie parfois l'acide benzoïque dans les proportions de 1 pour 25. Mais la vaseline est venue remplacer l'axonge comme excipient au point que cette substance n'est plus guère employée. Puis est arrivée la lanoline, réintroduite dans la thérapeutique tout récemment par Liebreich, car elle figure dans les anciennes pharmacopées sous le nom d'*œsipum*. Elle est retirée du suint de mouton et en majeure partie composée par des éthers de la glycérine. Elle ne rancit pas comme la graisse au contact de l'air; par conséquent, elle n'est pas irritante; elle absorbe facilement son poids d'eau; enfin, elle pénétrerait plus profondément le derme au dire de certains auteurs.

Les pommades le plus généralement employées à l'hôpital Saint-Louis dans le traitement des affections de la peau sont les pommades suivantes dans les proportions qui sont :

Oxyde de zinc	10 grammes.
Excipient	100 —
Turbith	5 grammes.
Excipient	100 —
Calomel	2 grammes.
Excipient	100 —
Iodure de potassium	10 grammes.
Excipient	100 —
Acide borique	5 grammes.
Excipient	100 —
Soufre	5 grammes.
Excipient	100 —
Iode	2 grammes.
Excipient	100 —

Pommade d'Helmerich :

Soufre	10 grammes.
Carbonate de potasse	5 —
Eau	5 —
Huile d'amandes douces	5 —
Axonge	35 —
Goudron	10 grammes.
Excipient	100 —

L'excipient est ici l'axonge, la vaseline, la lanoline, soit seules, soit mélangées (axonge et lanoline, vaseline et lanoline), soit additionnées de cire blanche.

M. Unna (de Hambourg) divise les pommades en pommades *grasses* et en pommades *rafraîchissantes*.

Les premières sont du type de celles que nous venons d'énumérer; les secondes en diffèrent en ce qu'elles renferment une certaine quantité d'eau, de telle sorte qu'elles sont de véritables réservoirs de fraîcheur, avantage considérable dans certaines dermatites. La lanoline en est la base, l'incorporation de l'eau s'y maintient à condition de ne pas ajouter de dissolvant des graisses, tels que l'éther et le chloroforme.

Le type des pommades de ce genre est le suivant :

Lanoline	10 grammes.
Axonge benzoïnée	20 —
Eau	30 —

A cette formule on peut ajouter de l'oxyde de zinc, de l'ichthyol, de l'acétate de plomb, etc., comme dans les formules suivantes :

Lanoline anhydre	10 grammes.
Axonge benzoïnée	20 —
Eau	24 —
Ichthyol	6 —

Lanoline anhydre	10 grammes.
Axonge benzoïnée	20 —
Sous-acétate de plomb	30 —

Lanoline anhydre	10 grammes.
Axonge benzoïnée	20 —
Oxyde de zinc	4 —
Eau	30 —

Onguents.

Lorsqu'on ajoute des *résines* aux excipients précédents on obtient ce qu'on a coutume d'appeler des onguents. Le corps gras peut être de l'huile. Leur consistance est généralement plus ferme que celle des pommades. Un des plus généralement employés en dermatologie est celui de styrax, dont la composition est la suivante :

Styrax liquide	100 grammes.
Colophane	180 —
Résine élémi	100 —
Cire jaune	100 —
Huile d'olive	150 —

Cérats.

On employait beaucoup et on emploie quelquefois encore des préparations ayant pour base un mélange de cire et d'huile d'une consistance toujours molle et contenant souvent de l'eau comme le cérat, le cold-cream.

Cérat de Galien :

Huile d'amandes douces	400 grammes.
Cire blanche	100 —
Eau de roses	300 —

Cold-cream :

Huile d'amandes douces	215 grammes.
Blanc de baleine	60 —
Cire blanche	60 —
Eau distillée de roses	15 —
Essence de rose	X gouttes.

Ces préparations rancissent promptement, deviennent irritantes, aussi leur usage est-il presque abandonné.

Mousselines-onguents. — Sous ce nom, M. Unna désigne des topiques se composant d'une mousseline sur laquelle on étend une couche de pommade (axonge, lanoline, vaseline), additionnée d'un principe actif (oxyde de zinc, calomel, etc.).

Pâtes.

Sous le nom de pâtes, on désigne certaines préparations plus consistantes que les pommades et ne renfermant pas de résine comme les onguents.

Voici, d'après M. Unna, les formules de ces différentes pâtes (Doyon):

1° *Pâtes de terres bolaires.* — Le kaolin ou bol blanc, mélangé à parties égales de vaseline et de glycérine ou d'huile d'olive, d'amandes, de lin dans la proportion de 2 à 3 de kaolin pour 1 d'huile donne une pâte excellente.

En ajoutant une plus grande quantité d'huile, on a un liniment à dessication rapide que l'on peut étendre sur de larges surfaces.

On peut incorporer des substances actives à ces pâtes bolaires :

Bol blanc Huile de lin ou glycérine	àà 30 grammes.
Oxyde de zinc Sous-acétate de plomb	àà 20 —

2° *Pâtes d'amidon.* — Ces pâtes d'amidon ont pour formule :

Amidon de riz	3 grammes.
Glycérine	2 —
Eau distillée	15 —

Réduire d'un quart par coction.

On peut y incorporer des médicaments actifs les plus divers (oxyde de zinc, acide salicylique, etc.), comme dans les formules suivantes :

Oxyde de zinc	50 grammes.
Acide salicylique	2 —
Amidon de riz	15 —
Glycérine	15 —
Eau distillée	75 —

Mêler et faire cuire jusqu'à réduction à 140 grammes.

Les *pâtes salicylées de Lassar* consistent en un mélange d'amidon, d'oxyde de zinc et d'acide salicylique, triturées avec soin avec de la vaseline :

Acide salicylique	2 grammes.
Oxyde de zinc	25 —
Poudre d'amidon	25 —
Vaseline	50 —

La vaseline peut être remplacée dans cette formule par 35 grammes de lanoline et 15 grammes de vaseline ou par parties égales de vaseline et de lanoline.

3° *Pâtes dextrinées.* — La dextrine est, comme on le sait, le premier produit de transformation de l'amidon sous l'influence des acides ou de la chaleur.

Les pâtes dextrinées s'obtiennent ainsi :

Dextrine Glycérine Eau	àà 100 grammes.

Mêler et faire cuire.

Quand on veut y incorporer une poudre, il faut ajouter environ moitié du poids de glycérine. Ainsi :

Oxyde de zinc	40 grammes.
Dextrine Eau distillée	àà 20 —
Glycérine	40 —
Soufre ou sulfoichthyolate de soude	2 —

Mêler et faire cuire jusqu'à consistance de pâte.

4° *Pâtes de gomme* :

Mucilage de gomme arabique Glycérine	àà 1 gramme.
Poudre	2 grammes.

Exemple :

Oxyde de zinc	40 grammes.
Précipité rouge	2 —
Mucilage de gomme arabique Glycérine	àà 20 —

5° *Pâtes de plomb.* — On prépare la pâte fondamentale de la manière suivante :

Litharge en poudre fine	50 grammes.
Vinaigre	80 —

Faire cuire jusqu'à consistance de pâte. Ajouter :

Huile de lin ou glycérine	10 grammes.

On peut faire avec avantage un mélange de pâtes de plomb et de dextrine, par exemple :

Litharge	30 grammes.
Vinaigre	50 —

Faire cuire jusqu'à réduction.
Ajouter :

Dextrine	
Eau	ââ 15 grammes.
Glycérine	

Mêler et faire cuire jusqu'à consistance de pâte.

Savons.

Les corps gras sont aussi utilisés dans certaines préparations très en honneur en dermatologie qui sont les savons et les emplâtres.

On désigne sous ces noms des combinaisons que forment les acides gras stéarique, palmitique, oléique avec certains oxydes métalliques, tels que la potasse, la soude, la litharge. Chimiquement parlant, c'est un ***dédoublement*** des corps gras en acides gras et en glycérine provoqué par ***hydratation*** du produit saponifié.

Les savons proprement dits sont exclusivement obtenus avec la potasse ou avec la soude.

Pratiquement, on peut distinguer deux espèces de savons : les savons *mous* qui sont à base de potasse et les savons *durs* qui sont à base de soude.

1° Savons mous. — Les savons mous, qu'on appelle aussi savons noirs, savons verts, sont préparés avec des huiles de colza ou de chénevis, etc... La dermatologie moderne s'est beaucoup occupée de ces savons, qu'on regarde comme un parfait excipient médicamenteux. Mais, s'ils renferment toute la glycérine produite, ils renferment aussi toute la potasse employée à la saponification, aussi le plus ordinairement leur réaction est-elle fortement alcaline, irritante pour la peau qu'ils décapent énergiquement, d'où leur emploi dans le traitement de la gale.

Comme excipients, ils doivent être neutres, et, d'après M. Unna, posséder un excédent de corps gras.

Voici, d'ailleurs, son *savon fondamental* avec excès de graisse :

Graisse de bœuf de 1re qualité	59 gr. 3 centigr.
Huile d'olive	7 — 4 centigr.
Lessive de soude à 38° Baumé	22 — 2 —
Lessive de potasse à 38° Baumé	11 — 1 —

Ce savon pénètre facilement l'épiderme et augmente l'énergie du médicament en son point d'application ; il est d'un blanc jaunâtre, onctueux. On incorpore à ce savon, dit fondamental, les substances les plus diverses. Voici, d'ailleurs, un certain nombre de formules d'Unna :

Savon résorcino-salicylé :

Savon fondamental	84 grammes.
Acide salicylique	ââ 3 —
Résorcine	
Soufre précipité	10 —

Savon salicylo-résorciné sulfureux au goudron :

Savon fondamental	79 grammes.
Acide salicylique	ââ 3 —
Résorcine	
Soufre précipité	10 —
Goudron	5 —

Savon de quinine :

Savon fondamental	97 grammes.
Sulfate de quinine	3 —

Savon d'ergotine :

Savon fondamental	100 grammes.
Ergotine	5 —

Savon iodé :

Savon fondamental	95 gr. 5 centigr.
Iode	3 grammes.
Iodure de potassium	1 gr. 5 centigr.

Savon salicylo-créosoté :

Savon fondamental	93 grammes.
Acide salicylique	5 —
Créosote	2 —

Savon résorcino-salycilé :

Savon fondamental	94 grammes.
Résorcine	ââ 3 —
Acide salicylique	

Hebra emploie beaucoup la teinture de savon potassique (spiritus saponatus) dont la formule est la suivante :

Savon vert	200 grammes.
Alcool à 60°	100 —
Teinture de lavande	100 —

En France, la teinture de savon est à base de soude :

Savon dur	100 grammes.
Alcool à 60°	500 —

En Allemagne, c'est un axiome, en thérapeutique cutanée, que la potasse est supérieure à la soude pour assurer la pénétration de l'épiderme, le modifier lorsqu'il est malade.

Cette teinture alcoolique de savon potassique a le grand avantage de se mélanger à parties égales avec le chloroforme, l'essence de térébenthine, le goudron, l'éther de pétrole, l'éther.

Les mélanges de savon noir et de marbre (Hebra) ou de pierre ponce sont quelquefois employés :

Savon noir	100 grammes.
Pierre ponce	50 —

ou

Savon fondamental	40 grammes.
Poudre de marbre	10 —

M. Buzzi se sert tout particulièrement des savons.

Il en a trois types :

1° Un *savon neutre* ou *savon base* neutre, additionné de lanoline (4 0/0);

2° Un *savon base surgras*, additionné de carbonate de potasse (1 0/0);

3° Un *savon base alcalin*.

Il se serait bien trouvé des proportions suivantes qui s'appliquent aux trois sortes des savons bases ci-dessus :

Savon phéniqué	3 à 5 0/0
— quininé	5 0/0
— créoliné	10 0/0
— iodoformé	3 0/0
— iodolé	3 0/0
— créosolé	5 0/0
— lysolé	5 0/0
— salolé	10 0/0
— mentholé	5 0/0
— pyrogallolé	5 0/0
— de goudron	5, 10, 20 0/0
— thiolé	5, 10 0/0
— au baume du Pérou	10 0/0

2° Savons durs. — Ils sont à base de soude. Les savons durs s'emploient journellement pour les soins de la toilette ; leur type est le *savon de Marseille*. Le Codex en indique deux autres :

Le savon amygdalin :

Soude caustique liquide à 33°	1.000 grammes.
Huile d'amandes douces	2.100 —

et le *savon animal* :

Moelle de bœuf	500 grammes.
Soude caustique liquide à 33°	250 —

Ce dernier ne contient pas de glycérine de par sa préparation.

Dans ces derniers temps on a fabriqué des savons durs médicamenteux : savons à l'ichthyol, à la résorcine, au soufre, etc.

Les savons durs permettent, comme l'a démontré M. Vigier, d'incorporer aux pommades et de rendre homogènes les mélanges les plus incompatibles, comme le témoignent les exemples suivants :

Glycérolé d'amidon	15 grammes.
Savon amygdalin	1 gramme.
Eau, environ	2 grammes.

Mélanger dans un mortier et ajouter :

Huile de cade	15 grammes.

et

Vaseline	30 grammes.
Savon amygdalin	1 gramme.
Eau environ	2 grammes.

Mélanger dans un mortier et ajouter :

Extrait de belladone	àà 4 grammes.
Extrait de jusquiame	

Oléates.

Depuis quelque temps, en Amérique surtout, on a vanté les *oléates* : oléates de cuivre, de bismuth, d'aluminium, de zinc. Celui-ci en poudre blanche impalpable serait la meilleure poudre de toilette possible. Le succès ne semble pas avoir répondu à l'attente de leurs inventeurs et ces produits se seraient montrés inférieurs aux pommades à base d'axonge ou de vaseline. (*A suivre.*)

A L'ÉTRANGER

BELGIQUE

Traitement intrapéritonéal du pédicule après l'amputation supra-vaginale de l'utérus.

M. Lauwers, resté longtemps partisan du traitement extra-abdominal du pédicule dans les hystérectomies, communique à la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique les raisons pour lesquelles il a recours à un nouveau procédé de traitement intrapéritonéal qui offrirait des garanties de succès au moins égales, sans présenter les inconvénients de la méthode extrapéritonéale.

Voici d'abord le procédé opératoire : la malade étant couchée dans la position de Trendelenburg, la tumeur est attirée hors du ventre ; on lie d'abord les annexes gauches en dehors de l'ovaire : une pince hémostatique est placée près du bord de l'utérus et le ligament large est sectionné à un demi-centimètre en dedans de la ligature. Cette suture faite, on prend dans une seconde ligature tout ce qui reste du ligament large ; une troisième ligature faite avec une aiguille de Deschamps acérée traverse le tissu utérin près de son bord. On opère de même à droite et on sectionne les annexes en y comprenant le bord droit de l'utérus.

De cette façon, le pédicule utérin ne contient plus de vaisseaux de gros calibre.

La constriction élastique est inutile : en effet, Lauwers, avant de sectionner le pédicule, détache de la face antérieure de l'utérus un lambeau qui lui servira à recouvrir le moignon ; puis, avec l'aiguille de Deschamps, il traverse le pédicule d'une série de ligatures placées perpendiculairement au moignon. Chaque ligature est fortement serrée et le tissu utérin situé au-dessus est sectionné. Cette suture se fait donc graduellement au fur et à mesure que les faisceaux sont ligaturés. La muqueuse utérine est excisée et son ouverture est fermée par quelques points de suture à la soie. Alors, il ne reste plus, pour avoir fini le traitement de l'utérus même, qu'à rabattre le lambeau antérieur sur la surface du moignon.

Les deux lames péritonéales du ligament large sont accolées et réunies par une suture continue à la soie fine. En arrière, le feuillet péritonéal est fixé au bord postérieur du moignon, après avoir recouvert la surface de section. Le ligament large du côté opposé est fermé de la même façon.

Il ne reste plus, après ce traitement, au fond du bassin, qu'une ligne continue de sutures formant une sorte de crête transversale.

Ce procédé se recommande, d'après Lauwers, par deux points importants :

La suppression du lien élastique qui altère les conditions de vascularisation du pédicule : il se trouve remplacé par une série de petites ligatures, chaque faisceau de tissu utérin étant sectionné aussitôt après sa ligature ;

Le revêtement séreux formé au moignon : cet isolement du péritoine garantit la séreuse contre toute infection venant du pédicule. Zweifel, Chrobak, Richelot ont adopté des procédés analogues depuis longtemps.

Cette méthode, Lauwers le reconnaît, devra être abandonnée le jour où l'hystérectomie totale par la voie abdominale pour fibrôme ne donnera pas une mortalité supérieure à celle des procédés de myomectomie partielle.

Quand l'uterus a conservé un assez petit volume, l'hystérectomie vaginale totale donne d'excellents résultats : toutes les opérées de Lauwers appartenant à cette catégorie ont bénéficié d'une guérison parfaite.

Par son nouveau procédé, l'auteur a opéré douze malades. Une seule a succombé et encore ne faut-il incriminer en aucune façon la méthode : sept jours après l'opération qui avait été régulière, la malade, une jeune femme de 34 ans, mourut de péritonite, mais l'autopsie révéla que le moignon n'était pas en cause : la suppuration abondante et fétide était localisée en avant de l'épiploon, entre lui et la paroi abdominale antérieure. Le pédicule était intact.

Dans ce cas malheureux, Lauwers attribue la suppuration à une cause un peu spéciale : l'aspect du pus, sa consistance, sa fétidité frappèrent l'auteur qui remarqua que tous ces caractères, il les avait constatés chez une malade qu'il avait opérée l'avant-veille pour un épithélioma du col utérin ; le corps de la matrice était rempli de pus qui n'avait pas pu gagner l'extérieur par suite de la sténose cancéreuse du col.

Toutes les autres opérées ont eu une convalescence très rapide, le pouls est devenu fort et lent, comme après l'accouchement normal. Une seule des observations mérite une mention : il s'agit d'une femme de 54 ans, chez laquelle, au lieu d'un fibromyôme, on trouva une môle vésiculaire. Le lendemain de l'ablation des fils, elle eut un accès de toux assez violent qui détermina la réouverture de la plaie abdominale. Ce ne fut que le lendemain qu'elle se plaignit au chirurgien. Celui-ci trouva l'incision largement ouverte et, au fond de la plaie protégeant l'intestin, l'épiploon qui avait déjà contracté des adhérences avec les bords de la plaie. La suture fut refaite et la convalescence fut normale.

Répondant à M. Jacobs, qui lui demandait pourquoi il ne faisait pas l'ablation du pédicule par le vagin, M. Lauwers dit estimer que l'ouverture du péritoine par le vagin augmente sérieusement la gravité de l'opération.

Ablation d'un kyste de l'ovaire par la voie vaginale chez une femme enceinte.

M. Jacobs. — L'an dernier, M. Jacobs avait pratiqué, chez une femme de 34 ans, une restauration périnéo-vaginale et une hystéropexie vaginale double. Cette femme revint consulter le chirurgien, se plaignant de douleurs lombaires et de troubles de la défécation.

L'examen permit de constater que cette femme était enceinte, mais l'utérus est en antéversion, et derrière lui, dans le cul-de-sac de Douglas, on trouve une tumeur fluctuante peu douloureuse, surtout volumineuse du côté gauche où elle atteint le détroit supérieur. La tumeur est bien indépendante de l'utérus.

Le diagnostic posé fut celui de kyste de l'ovaire coexistant avec une grossesse, et, en raison des troubles apportés, M. Jacobs décida de l'extirper par la voie vaginale.

Le cul-de-sac péritonéal fut ouvert au thermocantère: le kyste ponctionné, ses parois sont peu à peu attirées jusqu'à ce qu'apparaisse son pédicule. Celui-ci est serré avec de petites pinces et sectionné.

La convalescence suivit son cours normal: les pinces furent retirées le troisième jour et, dès le cinquième, la malade put se lever.

Tous les troubles ont disparu: la grossesse a suivi son cours.

Un double intérêt s'attache à cette observation: elle prouve, comme le fait remarquer l'auteur, le peu de danger des opérations pratiquées par la voie vaginale, mais elle est aussi remarquable par ce fait que la grossesse s'est produite chez une femme ayant subi douze mois plus tôt une hystéropexie vaginale double.

La généralisation de faits de ce genre est repoussée par M. Kufferath.

Cependant, il y aurait eu à craindre, ainsi que le fit remarquer M. Henrotay, que l'opération par la voie abdominale, au cours de la grossesse, ait amené une éventration presque totale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juillet. — Présidence de M. Empis.

De l'emploi, pour les nourrissons, du lait stérilisé à 100° au bain-marie.

M. Budin, en son nom et au nom de M. Chavanne, communique les résultats que leur a donnés à la Charité l'emploi du lait stérilisé à 100° au bain-marie.

Cette communication complète les renseignements fournis précédemment par M. Budin à ce sujet (1892-1893).

Les indications de l'emploi du lait stérilisé sont multiples: ce sont surtout les cas où la mère a peu de lait, les cas d'enfants jumeaux.

On l'emploiera aussi chez ceux qu'une malformation (bec-de-lièvre) empêchera de téter.

En ville, ce mode d'élevage pourra et devra être fréquemment employé dans les cas de syphilis d'un des parents.

On ne doit employer que le lait pur non coupé d'eau; le lait pur stérilisé n'amène pas de vomissements et détermine un accroissement très rapide de l'enfant. On ne doit couper le lait que si l'enfant est malade.

Le lait stérilisé doit être frais. Jamais on n'utilisera des restes de bouteille. Tout ce qui restera après une tétée doit être rejeté.

M. Tarnier. — Il y aurait bien quelques réserves à faire sur le terme de « lait stérilisé ». C'est du lait porté à 100°; ce n'est que du lait bouilli en vase clos, mais non stérilisé.

J'ai essayé successivement à l'hôpital le lait de vache pur, coupé d'eau, bouilli à l'air; en vase clos. J'ai même, en me servant de milieux salins, obtenu une ébullition au-dessus de 100°. Tout ce que j'ai pu constater, c'est que le lait bouilli est mieux digéré que le lait cru.

Rien ne vaut le lait de la nourrice, mais, quand on sera obligé de s'en passer, on recourra au lait bouilli en vase clos.

M. Fournier. — Nous avons obtenu à l'hôpital Saint-Louis d'excellents résultats de l'emploi du lait stérilisé; mais il y a un autre avantage, c'est que les mères syphilitiques n'hésitent plus à essayer de nourrir leur enfant quand elles savent qu'elles peuvent compléter on remplacer, le cas échéant, l'alimentation directe par le lait stérilisé.

Epistaxis à répétition dans une plaie du crâne par balle de revolver.

M. Schwartz. — Un homme de 42 ans fut amené dans mon service après s'être tiré deux coups de revolver dans la tempe droite.

Pas de troubles cérébraux, mais cécité absolue à droite, pupille immobile et dilatée, olfaction abolie.

Le malade sortit au bout de trois semaines sans avoir subi aucune intervention. Quinze jours plus tard il revint pour se faire soigner d'épistaxis abondantes. Le tamponnement ayant été insuffisant, je liai la carotide externe gauche, et, quelques jours plus tard, je pratiquai la même opération à droite.

Les hémorrhagies persistèrent, le malade s'anémia à un point tel que je recourus à une opération radicale. Je sectionnai et rabattis le nez, ce qui me permit d'arriver sur le sinus sphénoïdal droit rempli de sang. Je bourrai la cavité de gaze iodoformée. Tous les accidents disparurent. Je crois qu'il s'est produit une escharre traumatique de la carotide interne droite à sa sortie du sinus caverneux. En tout cas, on peut aborder les sinus sphénoïdaux et les tamponner ainsi que je l'ai fait.

Névrite du plexus cardiaque et angine de poitrine dans le paludisme.

M. Lancereaux. — J'ai été longtemps à peu près seul, avec le regretté professeur Peter, à admettre que le syndrôme angine de poitrine était lié à une névrite du plexus cardiaque.

Or, dans un fait récent chez une femme atteinte de paludisme chronique, j'ai constaté tous les signes de l'angine de poitrine.

Elle est morte dans un accès. Or, à l'autopsie, j'ai trouvé l'aortite en plaques telle que je l'ai décrite dans l'impaludisme, mais aussi des lésions manifestes du plexus cardiaque dont les filets étaient englobés en partie dans la tunique externe de l'aorte.

L'angine de poitrine, comme la névrite cardiaque, sont fréquentes dans les aortites en plaques, parce que celles-ci débutent par la tunique externe. Au contraire, l'athérôme est surtout endartéritique et n'entraîne guère d'angine de poitrine.

MM. Le Roy de Méricourt et Laveran, bien qu'ayant examiné des paludéens en grand nombre, n'ont pas relevé de faits analogues.

M. Lancereaux. — J'ai voulu montrer:

1° Que l'angine de poitrine dépendait d'une névrite due à une aortite spéciale;

2° Que cette aortite était le plus souvent paludique.

Les auteurs anglais disent syphilitique, mais, dans presque toutes leurs observations, on relève la malaria.

Anévrysme de l'artère fémorale.

M. Viard (de l'Isle-sur-le-Serein), dans un anévrysme fémoral, fit une ponction: un flot de sang s'échappa. Il fit la ligature de l'artère, mais, comme la fémorale profonde était au-dessus de la ligature, l'hémorrhagie continua, et, malgré le tamponnement, le malade mourut 4 jours plus tard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juillet. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Election d'un membre titulaire.

M. Ricard est élu par 24 voix sur 25 votants.

Des opérations dans la lithiase biliaire.

M. Routier. — Dans un rapport présenté à la dernière séance, M. Michaux nous faisait part des craintes d'infection d'origine intestinale que lui suggérait la cholécystentérostomie et déclarait pour cette raison préférer la cholécystostomie.

Deux observations que je vais vous résumer viennent à l'appui de cette thèse.

En 1892, remplaçant M. Tillaux à l'Hôtel-Dieu, je reçus de M. E. Labbé une femme présentant un ictère très foncé. Cette malade avait eu des crises de colique hépatique très nettes et à plusieurs reprises.

Je fis une laparotomie le long du bord externe du muscle droit et j'eus beaucoup de peine à trouver la vésicule, fort petite, masquée par des adhérences du colon que je dus libérer. En portant mon doigt sur la direction du canal cholédoque, je sentis une petite tumeur mobile, que je crus être du calcul. J'essayai en vain de lui faire franchir l'ampoule de Vater; alors, je le fis remonter dans la vésicule d'où je pus l'extraire. L'état déchiqueté de la vésicule, son atrophie, les adhérences qui la maintenaient, tout cela m'empêcha de faire l'abouchement dans l'intestin et je dus faire une cholécystostomie. J'établis un bon drainage.

Pendant un mois et demi la malade rendit par sa fistule de grandes quantités de bile, tandis que son ictère persistait avec décoloration des fèces; puis, la fistule s'étant oblitérée, tous les symptômes de l'ictère disparurent rapidement.

Tout dernièrement, en mai 1894, M. Rendu m'adressa une lithiasique avec ictère chronique. Je trouvai à l'opération, exactement comme dans le premier cas, des fausses membranes épaisses, une très petite vésicule. Dans la vésicule je rencontrai deux calculs à facettes et je ne pus arriver à cathétériser les voies biliaires. Je me conduisis comme dans le cas précédent.

Et, comme dans cette observation encore, l'ictère disparut aussitôt après l'oblitération spontanée de la fistule.

Je suis obligé d'admettre qu'il y avait une obstruction non calculeuse des voies biliaires et que cette obstruction n'était que momentanée.

Dans ces cas, la cholécystostomie, faite à défaut de mieux, se trouvait la vraie opération indiquée.

M. Terrier. — L'observation de M. Ricard, qui m'était connue avant la relation faite à la Société, contient plusieurs faits intéressants. La vésicule est quelquefois atrophiée, mais ce n'est pas là une règle absolue.

J'ai communiqué à l'Académie un cas où l'hydropisie de la vésicule au contraire atteignait des proportions considérables. J'ai actuellement dans mon service un autre cas analogue.

Dans ces cas j'ai noté que la dilatation s'accompagnait d'une hyperthrophie énorme des parois.

Quant à l'observation de M. Michaux, elle est très peu ressemblante à celle de M. Ricard : le cas est tout autre.

Les faits signalés par M. Routier ont été également signalés dans mon service et voici comment je les comprends. Les voies biliaires sont presque toujours enflammées; il en résulte une atrophie et une rétraction des tissus. Quand, après l'établissement de la fistule, l'inflammation diminue, les voies redeviennent perméables, celle-ci se tarit.

Aussi le cathétérisme des voies biliaires, toujours difficile, est particulièrement délicat dans ces cas.

M. Michaux se demande si on peut diagnostiquer la lithiase intrahépatique; je ne le crois pas dans la majorité des cas.

Mais le rapporteur semble ne considérer que deux interventions possibles au cours de la lithiase : la cholécystostomie et la cholécystentérostomie. Mais il y a encore la cholécystectomie qui aboutit à la formation d'une fistule comme la cholécystostomie. Il y a encore les opérations sur le cholédoque : incision ou abouchement dans l'intestin.

M. Quénu. — Dans un certain nombre de cas, l'opération est précise et définie : on n'a pas le choix; dans d'autres, il faut savoir choisir.

Les opérations s'adressant à la vésicule exigent qu'elle soit assez volumineuse pour qu'on puisse la prendre, l'isoler, la fixer.

J'eus à traiter une femme atteinte d'ictère chronique, chez aquelle 'e résolus de faire la cholédocotomie. L'opération se termina heureusement, mais le lendemain la malade eut des vomissements teintés de sang. Je ne m'en inquiétai pas, M. Terrier les a signalés plusieurs fois.

Le troisième jour, la bile avait repris son cours normal. Le quatrième des phénomènes de rétention biliaire reparurent avec une intensité extrême et la malade mourut le cinquième jour.

Or, à l'autopsie, je trouvai le cholédoque obstrué par un caillot provenant de la plaie chirurgicale. Quant à la vésicule biliaire, elle formait un simple diverticule sur la paroi du cholédoque, sans canal cystique. Il eût donc été très difficile ici de faire la cholécystostomie.

Il est presque impossible d'affirmer autre chose que l'obstruction des voies biliaires, sans spécifier sa cause et sa nature.

J'ai, dans un cas que je supposais lithiasique, trouvé un petit épithélioma du cholédoque, et cependant le sujet avait présenté des symptômes douloureux du type de la colique hépatique.

M. Nélaton. — Chez une femme présentant de la rétention biliaire je trouvai 145 calculs dans la vésicule. Je pratiquai la cholécystostomie. Dès le surlendemain, le cours de la bile se rétablissait. Ce n'étaient pas les calculs qui étaient en cause ici, c'était un état inflammatoire des voies d'excrétion. La malade opérée depuis trois ans présente toujours une fistulette simplement muqueuse.

M. Th. Anger lit un rapport sur l'observation de M. Lejars (Voir *Gazette Médicale*, 19 mai) : guérison d'une fistule recto-uréthrale congénitale.

M. Richelot présente un petit malade à qui il a appliqué un procédé mixte (Segond-Le Fort) pour la cure d'une exstrophie de la vessie.

M. Berger présente 1° un malade à qui il a pratiqué la désarticulation du genou pour un ulcère profond de toute la jambe;

2° Un cas de nævus molluscoïde;

3° Un cas de polype naso-pharyngien.

M. Ollier recommande, dans la désarticulation du genou, de bien doubler les téguments avec les parties fibro-périostées sous-jacentes.

MM. Delorme et Peyrot préfèrent à l'appareil à appui pelvien que porte le malade un appareil où le genou appuierait directement.

M. Berger compte changer l'appareil quand les tissus du genou seront un peu habitués au frottement.

R. Marmasse.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 12 juillet. — Présidence de M. Besnier.

Dermatite de Dühring. — Variété érythémato-pustuleuse.

M. Louis Wickham. — Le malade présenté à la Société est atteint depuis 9 ans d'une éruption dont les caractères n'ont presque pas varié pendant tout le cours de l'évolution. Les éléments primitifs sont de petites vésicules pustuleuses d'emblée apparaissant sur peau saine. Ces pustules s'entourent rapidement d'autres éléments analogues et leur base devient franchement érythémateuse; il en résulte la production de placards rouges à bords bien limités criblés de petites pustulettes. L'éruption consiste donc en un grand nombre de foyers plus ou moins considérables, atteignant les dimensions d'une pièce de 5 francs, ou recouvrant même, comme aux jambes par exemple, de larges surfaces cutanées. Ces foyers ont une durée très variable, la plupart s'éteignent en quelques semaines, tandis que d'autres font leur apparition au voisinage.

L'affection est donc chronique, elle évolue par poussées successives. Nous ajouterons qu'elle est accompagnée d'un prurit constant, mais que l'état général est bien conservé. Ce sont là des

caractères qui permettent de porter le diagnostic de dermatite de Dühring.

Nous ferons remarquer que, dans ce cas, le type érythémato-pustuleux, est tout à fait pur, mais nous tenons à insister sur toute une série d'accidents consécutifs à l'évolution des placards que nous avons décrits; ceux-ci laissent à leur suite une pigmentation violacée qui diminue légèrement à la pression ; au niveau de cette pigmentation la peau est lisse, comme atrophiée, le derme et les tissus sous-jacents sont épaissis, formant de véritables placards de sclérose; parfois cet épaississement forme relief au-dessus de la peau normale. Une vingtaine de petites duretés saillantes, d'aspect chéloïdien ont apparu aussi au cours de cette éruption. Ces troubles, vraisemblablement d'ordre trophique, sont en rapport avec la chute des ongles survenue brusquement il y a 2 ans.

Essai de traitement des teignes par l'aldéhyde formique.

M. Pottevin. — L'aldéhyde formique jouit de propriétés antiseptiques de premier ordre. De plus, ses vapeurs sont extrêmement diffusibles même à travers les graisses. C'était donc un agent à essayer pour le traitement des teignes, puisque la difficulté de ce traitement a surtout pour cause la profondeur du follicule pileux, obstrué par le sébum.

Ces essais, poursuivis depuis deux ans, soit à l'hôpital des Enfants-Malades, soit à l'Ecole des teigneux de l'hôpital Saint-Louis, ont donné quelques résultats heureux, malheureusement mélangés d'un plus grand nombre d'insuccès.

Ce sont des résultats identiques à ceux que tous les autres modes de traitement ont fournis sous nos yeux pendant le même laps de temps.

Le traitement fait a été l'application de compresses imbibées d'une solution d'aldéhyde formique à 2 0/0, recouvertes d'une calotte de caoutchouc. Cette solution est parfaitement supportée par le cuir chevelu des petits malades. S'il survient quelques lésions irritatives, le pansement est suspendu pendant vingt-quatre heures.

Du rôle pathogène du système nerveux dans la production de certains eczémas.

Le Dr Brocq présente en son nom et au nom de MM. Déjerine et Mirallié une femme de 47 ans, ni hystérique, ni neurasthénique, qui est atteinte depuis plusieurs mois d'un eczéma typique symétrique des deux mains, développé sur les territoires du nerf médian et radial, avec intégrité absolue des territoires du cubital. Elle présente, en outre de la diminution très nette de la sensibilité au tact et à la piqûre des région atteintes, des douleurs vives, spontanées, et aux mouvements dans le bras gauche, des sensations d'engourdissement et de lourdeur dans les membres supérieurs. Le trajet du médian est douloureux à la pression. Le Dr Déjerine, après examen approfondi de la malade, a cru pouvoir conclure chez elle à un trouble trophonévrotique probablement lié à une névrite, mais sans lésion de l'axe encéphalo-médullaire. Le Dr Brocq fait ressortir l'importance de ce cas qui établit d'une manière irréfutable qu'une éruption eczémateuse typique peut être consécutive à une lésion du système nerveux. On pourrait toutefois soutenir ici que, la malade étant sujette à de l'eczéma, cet eczéma est venu se localiser chez elle au point faible de son organisme, c'est-à-dire aux régions dont la sensibilité était diminuée par suite de la névrite. Mais, quelle que soit l'explication que l'on admette, il n'en est pas moins vrai que ce fait prouve jusqu'à l'évidence le rôle pathogène majeur que joue le système nerveux dans la production de certains eczémas.

Prurigo simplex aigu de Vidal-Brocq et prurigo de Hébra.

M. Hallopeau. — 1° L'état morbide décrit par Vidal sous le nom de lichen simplex aigu, par Tomasoli sous celui de prurigo temporaire auto-toxique et par Brocq sous celui de prurigo simplex aigu constitue, comme l'ont bien montré ces auteurs, une espèce nouvelle ;

2° Le caractère vésiculaire des éléments ne permet pas de conserver la dénomination de lichen; celle de prurigo auto-toxique a le tort de reposer sur une hypothèse; celle de prurigo simplex doit être préférée ;

3° La marche cyclique de cette éruption et ses localisations d'élection aux genoux, aux coudes et à la nuque les rapprochent des pseudo-exanthèmes ;

4° Peut-être la grossesse et l'état puerpéral peuvent-ils être l'origine des toxines qui en sont vraisemblablement la cause prochaine ;

5° Les poussées aiguës qui se reproduisent plusieurs fois par an dans le prurigo de Hébra offrent, dans leurs caractères chimiques et leurs localisations comme dans leur structure, de grandes analogies avec celle du prurigo simplex aigu : ces états morbides appartiennent à une même famille nosologique.

Pityriasis rubra pilaire, lichen de Wilson ou lichen scrofulosum.

M. Hallopeau. — Un jeune enfant montre combien le diagnostic entre ces trois maladies peut offrir de difficultés : il est, en effet, atteint simultanément à la jambe gauche d'une lésion très probablement tuberculeuse et d'adénites suppurées de la région inguinale correspondante ; ce fait et les caractères mêmes d'une éruption miliaire occupant le tronc sont en faveur d'un lichen scrofulosum ; mais, concurremment, d'autres papules acuminées occupant le dos des phalanges sont en faveur d'un pityriasis rubra pilaire et enfin des dilatations très considérables des orifices sudoripares dans la paume d'une des mains ne s'observent guère que dans le lichen de Wilson : le diagnostic devrait donc rester en suspens si le groupement autour des lésions tuberculeuses de papules identiques à celles du pityriasis rubra pilaire ne venait faire pencher la balance en faveur d'un lichen scrofulosum.

Glossite syphilitique à leucoplasie lenticulaire.

M. Mendel. — L'auteur présente un malade atteint sur la face dorsale de la langue de petites taches blanchâtres légèrement saillantes, au nombre d'une dizaine, arrondies, de 3 à 5 millimètres de diamètre. Ces éléments rappellent absolument ce que peut produire dans cette région le lichen, placé comme d'ailleurs l'auteur en présente un superbe exemple : ces lésions sont intéressantes à connaître pour éviter toute confusion.

Syphiloïde infantile dérivant du pityriasis versicolore.

MM. Fournier et Sabouraud — Un enfant de quelques semaines présentait aux fesses, aux cuisses, sur l'abdomen, une dermite intense au milieu de laquelle on découvrait des surfaces squameuses surtout aux bords, lesquelles étaient circinées et polycycliques ; au centre, la coloration était un peu moins rouge.

L'enfant présentait un mauvais état général, et, vu l'aspect des lésions, il était tout naturel de penser à la syphilis. L'examen du père et de la mère fut négatif au point de vue syphilitique, mais on trouva sur le devant de la poitrine de la mère du pityriasis versicolore normal; l'idée vint qu'il pouvait s'agir aussi chez l'enfant de cette même infection, c'est ce que révéla l'examen des squames.

Il est curieux de remarquer à quel point ce pityriasis versicolore a pu chez cet enfant être modifié dans son aspect clinique habituel au point de simuler une syphilis infantile. Il est probable que ces caractères inaccoutumés ont eu pour cause la finesse de la peau et l'incurie dans laquelle cet enfant se trouvait.

Toutes les lésions disparurent après quelques jours d'un traitement émollient suivi d'application d'onguent styrax.

Démonstration de l'origine avisire de certaines tricophyties de la barbe chez l'homme.

M. Sabouraud présente à la Société la tête et le cou d'une poule tricophytique que M. Mégnin a bien voulu lui adresser.

Sur les régions malades les plumes sont tombées en totalité ne laissant à leur place qu'un cône épidermique saillant, où le parasite existe en abondance.

Le fait extrêmement important qu'offre cette rare observation, c'est que l'espèce tricophytique, cause de ces lésions, est précisément l'espèce à cultures roses que, depuis deux ans, M. Sabouraud a rencontrée trois fois dans la barbe de l'homme. Chaque fois les commémoratifs, accusés par les malades, incriminaient l'origine aviaire de leur contage, mais jusqu'ici l'auteur avait toujours été dans l'impossibilité d'en faire la preuve.

Désormais, cette espèce tricophytique, à cultures roses, est donc classée, et son origine aviaire, — seulement probable jusqu'ici, — se trouve définitivement établie.

Les cultures comparatives provenant de cette poule et les cultures d'origine humaine, que M. Sabouraud garde depuis vingt mois et qu'il présente à la Société, sont pleinement identiques.

LOUIS WICKHAM.

LES LIVRES

La phthisie normale, par le Dr G. HAMEAU (d'Arcachon).

Le titre de ce travail, dès qu'il a paru, a été l'objet de quelques critiques. Une maladie, a-t-on dit, ne saurait être chose normale. A quoi l'auteur a répondu qu'une maladie peut être appelée normale quand elle suit un cours régulier, sans être activée ou retardée par aucune influence perturbatrice. Cela posé, il entend par *phthisie normale* « la maladie qui résulte du libre développement du germe tuberculeux sur un terrain pulmonaire vierge de toute culture similaire ou antagoniste. »

Nous ne nous arrêterons pas à discuter l'expression, bien que peut-être nous en eussions préféré une autre, la *phthisie normale* pouvant engendrer une confusion avec la *phthisie commune* qui est, par rapport à la première, une forme atténuée. Ce qu'il y a avant tout d'intéressant dans le travail de notre confrère, c'est le fait qu'il tend à établir d'après l'observation clinique et la conclusion qu'avec lui on en peut tirer.

Le fait est le suivant : l'évolution de la tuberculose pulmonaire est d'autant plus rapide et fatale que le germe tuberculeux est tombé sur un terrain exempt de toute tare héréditaire ou acquise.

Le virus tuberculeux tue l'homme sain et robuste en moins de deux ans : c'est là la *phthisie normale*.

Le même virus tombant sur le descendant d'un tuberculeux ou sur un individu affaibli, prédisposé soit par une influence diathésique héréditaire, soit par un état constitutionnel acquis, perd de son activité ; la maladie qui en résulte est habituellement chronique ; elle dure plusieurs années, présente parfois de longues rémissions et peut même guérir : c'est là la phthisie atténuée, la *phthisie commune*, c'est-à-dire celle qu'on observe le plus fréquemment.

L'homme sain et robuste offre plus de résistance à l'invasion du bacille de Koch, mais une fois l'infection produite, la maladie est plus grave chez lui que chez les sujets entachés d'hérédité ou affaiblis par une diathèse acquise. Ceux-ci offrent un terrain plus ou moins stérilisé.

Certes, voilà des données en opposition avec ce qu'enseignent les traités classiques, mais elles le sont moins avec les résultats des récentes recherches sur l'atténuation des virus, les vaccinations, la stérilisation des milieux de culture, l'immunité acquise, etc. Sont-elles, en tout cas, conformes à l'observation des faits ? M. Hameau en a réuni un grand nombre, dont les uns lui sont personnels et dont il a emprunté les autres à divers auteurs. Il n'est pas de praticien qui n'ait observé de ces cas et n'ait été frappé de la marche rapide de la phthisie chez des individus jusque-là très robustes. Seulement, on était volontiers disposé à considérer ces cas comme exceptionnels, tandis que M. Hameau, les groupant, les rapprochant les uns des autres, a montré qu'ils constituent la règle. Or, c'est là une notion qui, au point de vue pratique, comme au point de vue scientifique, ne manque pas d'importance ; elle soulève, en effet, en montrant tout l'intérêt et, par suite, l'urgence d'en poursuivre la solution, la question de la vaccination antituberculeuse.

Le travail de M. Hameau se termine par le résumé des principales observations qui ont servi de base à sa thèse et paraissent la justifier. A-t-il, ainsi qu'on le lui a reproché, trop généralisé les données résultant de ces observations ? Nous ne le pensons pas et la rapidité d'évolution de la tuberculose au sein de populations indemnes de toute hérédité, comme dans certains villages d'Europe ou dans certaines îles du Nouveau-Monde, vient à l'appui de tous ces faits. L'hérédité, d'un côté, la diathèse acquise, de l'autre, sont donc, de par l'observation clinique, des conditions d'atténuation du virus tuberculeux ; la possibilité de cette atténuation est ainsi démontrée ; reste à chercher et à trouver des moyens pratiques de l'obtenir, de la réaliser. Le problème est posé, il n'en est pas de plus grave ni d'un plus haut intérêt pour la science et pour l'humanité.

F. DE R.

Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

La Lèpre, 1 volume in-8° carré de 60 pages, avec 10 planches originales en phototypie, prix ; 3 francs.

L'ouvrage contient les résultats des études de l'auteur, sur la lèpre, études faites, pendant un séjour de 26 ans à l'île de Madère où cette maladie s'est maintenue depuis près de quatre siècles. Il démontre, preuves à l'appui, la transmission directe de la contagion d'homme à homme, il expose les conditions de la prédisposition humaine pour la lèpre et de l'immunité de tous les animaux, et, s'appuyant sur les faits bactériologiques, cliniques et épidémiologiques, il propose des mesures destinées à faire disparaître dans un avenir peu éloigné les endémies encore existantes sous les zônes les plus diverses et parmi les races les plus différentes.

Il détaille enfin ses essais thérapeutiques multiples et prolongés qui ont abouti à un plan de traitement faisant entrevoir la guérison de la terrible infection prise à son début.

L'ouvrage s'accompagne de dix planches en phototypie dont huit constituent un véritable atlas reproduisant les types les plus caractéristiques des forme et aspects de la lèpre.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 23 AU 28 JUILLET 1894

THÈSES

LUNDI 23 JUILLET, à 9 heures. — *M. Gauja* : De la kératose pilaire. — *M. Perdrizet* : De divers amputations du col de l'utérus et de leurs indications en dehors du cancer. — *M. Beissat* : Etude sur l'albuminurie dans le saturnisme. — *M. Raoul Poullain* : De la varicelle dans le cours de la rougeole et de la scarlatine. — A 1 heure. *M. Paul Rousseau* : Anomalies des artères rénales. — *M. Chipault* : Rapports des apophyses épineuses avec le contenu du canal rachidien. — *M. Edouard Henry* : La syphilis tertiaire de la gorge. — *M. Debray* : Contribution à l'étude du zona épidémique et infectieux. — *M. Duboscq* : La glande venimeuse de la scolopendre. — *M. Marette* : Recherches sur les variations physiologiques de la toxicité urinaire. — *M. Tortellier* : Contribution à l'étude de l'étiologie du psoriasis. — *M. Georges Ricard* : De la vaginite blennorrhagique et de son traitement. — *M. Villain* : Essai sur les névralgies à distance dans les affections utérines. — *M. Jeannin* : Contribution à l'étude de l'embolie cérébrale de la sylvienne droite. — *M. Gouvernaire* : De l'intervention primitive dans les plaies du crâne par balles de revolver. — *M. Paul Condamy* : De la cystite aiguë comme cause de rétention d'urine. — *M. Binet* : Des accidents de l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou. — Angine. — *M. Alfred Navarro* : Contribution à l'étude de l'hydronéphrose.

MARDI 24 JUILLET, à 9 heures. — *M. Souligoux* : Pathogénie des abcès froids du thorax. — *M. Euvrard* : Traitement de l'orchi-épididymite tuberculeuse par la destruction ignée. — *M. Kéchissoglou* : Contribution à l'étude de l'adénite tuberculeuse de l'aine. — *M. Gobillot* : Contribution

à l'étude de la symptomatologie de la grossesse tubaire (avortement tubaire). — *M. Belloir* : Contribution à l'étude de l'antisepsie médicale. — De l'antisepsie dans la rougeole. — *M. Druet* : De l'entraînement comme moyen de combattre les effets de la vie sédentaire. — *M. Marie* : Les éruptions dans la varicelle. — *M. Diousidon* : Chloroforme et spartéo-morphine. — Procédé d'anesthésie mixte. — *M. Dauby* : Le courant alternatif obtenu à l'aide des machines électrostatiques. Ses propriétés physiques et physiologiques. — *M. Mergier* : Des différentes méthodes de mesure de la résistence électrique du corps bumain et des liquides organiques. — Méthode de l'obmmètre. — *M. Raynaud* : Rapports du tremblement sénile et du tremblement héréditaire. — *M. Vigneron* : Traitement de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme par les injections d'acide picrique en solution concentrée. — A 1 heure. *M. Contrastin* : Des urèthrotomies complémentaires à sections multiples. — *M. Frumusianu* : Quelques considérations sur l'anatomie et la physiologie pathologique des rétentions rénales. — *M. Duchemin* : Contribution a l'étude de la rétention d'urine au cours de la blennorrhagie. — *M. Lebelle* : Traitement du cancer de l'estomac par le chlorate de soude. — *M. Cauchard* : De la traumaticine au calomel dans le traitement de la syphilis. — *M. Delvit* : De l'albuminurie dans l'alcoolisme. — *M. Dusson* : Des lésions du plexus brachial dans les fractures compliquées de la clavicule. Etude clinique et thérapeutique. — *M. Le Gallic* : Contribution à l'étude du traitement des névralgies rebelles du nerf maxillaire inférieur. — *M. Lucas* : Résultats du toucher rectal dans 283 cas d'epididymites blennorrhagiques. — *M. Gestan* : Des hémorrhagies intrapéritonéales et de l'hématocele pelvienne. — *M. Raguin* : Contribution au traitement conservateur dans les cas d'ovaro-salpingites (Ignipuncture. Traitement de Martin). — *Mlle Kalopothakes* : Troubles et lésions gastriques dans la dyspepsie gastro-intestinale et la gastro-entérite des nourrissons. — *M. Markowitch* : De la dystocie causee par la rétraction de l'anneau appelé cercle utérin de Baudelocque ou anneau de contraction. — *M. Goret* : Rétention prolongée de l'arrière-faix. — Déciduome benin. — *M. Froeliger* : Contribution à l'étude des rétrécissements congénitaux de l'intestin grêle. — *M. Brunet* : Amputation de Pirogof. — *M. Carette* : De la luxation trapézo-mésocarpienne. — *M. Chevreau* : Etude sur les eaux d'alimentation de Vitry-sur-Seine. — *M. David* : De la kola et de ses préparations pharmaceutiques. — *M. Bouniol* : La spasme de la glotte dans la coqueluche. — *M. Macqret* : Traitement d'urgence du pneumothorax par la ponction aspiratrice.

MERCREDI 25 JUILLET, à 9 heures. — *M. Ozanon* : Contribution à l'étude des paralysies dites systématiques. — *M. Bossu* : Contribution à l'étude des hémorrhagies précoces dans les cirrhoses hépatiques. — *M. Modiano* : Recherches sur l'action du bicarbonate de soude et de l'acide lactique sur le chimisme stomacal. — *M. Bruchon* : Considérations sur l'étiologie et la pathologie de l'ulcère rond de l'estomac. — Sa statistique dans les hôpiteaux de Paris. — *M. Moret* : Contribution à l'étude du traitement des fractures récentes de la rotule par te suture. — *M. Roy* : Contribution à l'étude de la prothese immédiate et de la prothèse tardive dans les resections du maxilaire inférieur. — *Mme Chellier* : Fièvre typhoïde et fièvre puerpérale. — *M. Glément* : Des rapports de la grossesse gémellaire avec l'éclampsie puerpérale. — A 1 heure. *M. Lesourd* : Diagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire. — *Mlle Sulieka* : Contribution à l'étude des fistules et kystes congénitaux du cou. — *M. Zolotnitsky* : Hystérectomie vaginale contre le prolapsus des organes génitaux. — *M. Girerd* : Contribution à l'étude des kystes du parovaire avec persistence du canal de Gœrtner. — *M. Fraenkel* : Des tumeurs cancéreuses multiples et primitives à types différents. — *M. Samain* : Contribution à l'étude de la narcolepsie. — *M. Dlind* : Le rétrécissement mitral des artério-sclérenx. — *M. Cohanesco* : Scarlatine pharyngée. Quelques-unes de ses infections secondaires aux organes voisins. *Mlle Olschewska* : Contribution à l'étude clinique de la myocardite typhoïdique chez l'enfant. — *M. B.-J.-M. Mercier* : De l'influence de la grossesse sur le développement et te marche de la tuberculose. — *M. Ch. Mercier* : Les petits paris. Considérations socialogiques relatives à l'hygiène des nourrissons. — *M. Tautit* : Des épistaxis des vieillards. — *M. Ducellier* : Le traitement de la phlébite du sinus latéral d'origine auriculaire par le curettage de ce sinus. — *M. Charpina* : De l'absinthisme. — *M. Vassal* : Des affections spasmodiques infantiles.

JEUDI 26 JUILLET, à 9 heures. — *M. Ferreira de Camargo* : Contribution à l'étude de l'hypospadias. — *M. Ponteau* : Des formes graves de l'ostéomyélite chronique ou prolongée. — *M. Masson* : Essai sur la pathogénie et le traitement du protepsus du rectum. — *M. Gessen* : Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'empyème chronique. — A 1 heure. *M. Predecocq* : La mort subite des nourrissons par hypertrophie du thymus. — *M. Bourgeois* : Etiologie et pathogénie de la fièvre typhoïde. — *M. Moin-el-Atebba* : La névrose cardiaque des arthritiques. — *M. Journeault* : De la réinfection syphilitique. — *M. Mesnil* : Contribution à l'étude des pleurésies hémorrhagiques dites primitives ou hématomes pleuranx. — *M. Isnet* : Contribution à l'étude de l'action de la vessie de glace à la région précordiale dans les cas de tachycardie d'origine infectieuse. — *M. Lieffring* : De l'ectopie de la rate. — *M. Tisserand* : Du vomissement nervenx. — *M. Hopenhendler* : De l'arthrotomie précoce dans le traitement de l'arthrite blennorrhagique du poignet. — *M. Lecompte* : Du traitement du prolapsus utérin total par l'hystérectomie vaginale. — *M. Lebon* : De la perforation des artères iliaques dans les abcès de la fosse iliaque interne. — *M. Léonard* : De la résection intracrânienne du trijumeau dans les névralgies rebelles de la face. — *M. Decuyper* : De l'hémarthrose et de son traitement par la ponction. — *M. Dubrisay* : Contribution à l'étude de la version dans les bassins rétrécis. — *M. Nagib Eddi* : Instrumentation de M. Boissard pour provoquer l'accouchement prématuré. — *M. Vanderhagen* : Etiologie, pathogénie et traitement des déviations utérines. — De l'élytrotomie interligamentaire suivie du massage pour le traitement de certaines formes de ces déviations. — *M. Rivet* : Essai sur les hernies de l'appendice vermiforme. — *M. Coursier* : Traitement des cystites chroniques rebelles chez la femme. — *M. Javey* : Tumeurs malignes des paupières considérées principalement au point de vue de leur traitement. — *M. Guyard* : Etude sur la phtiriase palpébrale.

VENDREDI 27 JUILLET, à 1 heure. — *M. Daum* : La bactériologie de l'impetigo. — *M. Floch* : Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale. — *M. Grelich* : Les infections d'origine nasale. — *M. Ortiz* : Fièvre typhoïde apyrétique. — *M. Marion* : Contribution à l'étude des affections de l'amygdale linguale et plus spécialement de l'amygdalite linguale aiguë. — *M. Lireux* : Contribution à l'étude des ictères épidémiques. — *M. Guérin* : Contribution à l'étude du traitement du myxœdème. — *M. Blot* : Abcès chroniques de la cavité de Retzius d'origine vésicale. — *M. Lepetit* : De la cholédocotomie. — *M. Estieu* : De l'ozene et de son traitement par le nitrate d'argent et le chlorure de zinc.

SAMEDI 28 JUILLET, à 1 heure. — *M. Clervoy* : Contribution à l'étude clinique des fractures des mâchoires. — *M. Malfuson* : Déformation du poignet d'origine probablement rachitique. — *M. Pignolet de Fresne* : Du rétrécissement du diamètre antéro-postérieur au détroit inférieur. — *M. Robert* : De l'accouchement par la face et en particulier de l'intervention dans la mento-postérieure. — *M. Anselme* : De la délivrance incomplète dans l'avortement et de son traitement. — *M. Vienne* : Contribution à l'étude des hernies ombilicales congénitales et de leur traitement.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Le concours pour trois places de médecin du Bureau Central s'est terminé par la nomination de MM. Menétrier, Duflocq et Queyrat.

Sont nommés chefs de clinique médicale :
Hôtel-Dieu : MM. Marquezy, *chef*; Auscher, *adjoint*.
Charité : MM. Teissier, *chef*; Martin-Dur, *adjoint*.
Saint-Antoine : MM. Parmentier, *chef*; Lesage, *adjoint*.
Aux Enfants-Malades : MM. Boulloche, *chef*; Renault. *adjoint*.

Collège de France.

La chaire de médecine est déclarée vacante.

Le comité d'organisation du Congrès international de la protection de l'enfance vient de se constituer. Il a décidé que le Congrès s'ouvrirait à Bordeaux, le 22 juillet 1895. Il se divisera en trois sections :

1° Section de protection physique dans laquelle on étudiera les questions concernant les Sociétés de protection, de charité maternelle, les crèches, les hôpitaux d'enfants, les sanatoria, etc. ;

2° Section de protection morale où seront particulièrement étudiées les questions se rattachant à l'enfance abandonnée, les patronages, les orphelinats, les colonies agricoles, etc. ;

3° Section de protection administrative dans laquelle seront mises à l'ordre du jour l'étude de la loi Roussel et toutes les questions de protection qui seront d'un grand intérêt pour nos confrères les médecins inspecteurs.

Déclaration des maladies contagieuses.

La Société de Médecine de la Loire, dans sa réunion du 21 juin, et la Société médicale du Xe arrondissement, à sa dernière séance, ont adopté le rapport lu à la Société de Médecine de Paris, concernant la déclaration des maladies contagieuses dont nous avons à plusieurs reprises entretenu nos lecteurs.

Le 9 mai dernier, en assemblée plénière, les médecins de Rouen ont voté l'adresse à l'autorité municipale d'une lettre collective qui se termine par des conclusions analogues à celles votées par la Société de Médecine de Paris.

Enfin, notre confrère le Dr Billon, délégué des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris au Congrès actuel de l'Assistance, a reçu de tous les médecins de Lyon l'assurance qu'ils étaient opposés au fonctionnement de la nouvelle loi.

Le Sénat et le service militaire des étudiants en médecine.

Cette Assemblée a adopté en première délibération la proposition adoptée par la Commission de l'armée, tendant à modifier l'article 24 de la loi du 15 juillet 1889 et à reculer jusqu'à vingt-sept ans l'âge maximum pour l'obtention du doctorat en médecine.

Sur le rapport de M. le Dr Labbé, d'accord avec le ministre de la guerre, cet article a été adopté en même temps qu'un amendement de M. L. Thézard réclamant le même bénéfice pour les étudiants en droit.

Cette proposition vient d'être adoptée par la Commission de l'armée de la Chambre des députés, qui a nommé M. Trélat rapporteur.

Congrès de médecine mentale à Clermont-Ferrand en 1894, du 6 au 11 août.

Nous prions les personnes qui se proposent de faire partie de ce Congrès : médecins aliénistes, neurologistes, juristes, jurisconsultes, de vouloir bien se hâter de nous adresser leur adhésion, et, autant que possible, leur cotisation (20 francs), afin que nous puissions régler, en temps utile, le programme de la session.

Nous prenons la liberté d'attirer leur attention sur les avantages et attractions suivants :

1° Tout congressiste aura droit aux séances et pourra y prendre la parole s'il le juge utile pour la science; il aura également droit aux réceptions offertes par les autorités et les asiles visités, aux distractions qu'on organisera pour recevoir le mieux possible le Congrès, enfin il recevra un livre contenant les travaux du Congrès;

2° Des locaux, chambres, pensions, seront arrêtés à l'avance, à des prix modérés, pour MM. les congressistes;

3° Le Congrès sera ouvert sous la présidence de M. le préfet du Puy-du-Dôme;

4° Les travaux du Congrès seront dirigés sous la présidence de M. le Dr Pierret, l'éminent aliéniste, médecin en chef de l'établissement départemental d'aliénés de Bron, à Lyon ;

5° Outre les trois grandes questions qui doivent être traitées par de savants aliénistes, plusieurs autres sujets intéressant l'aliénation mentale seront exposés par leurs auteurs qui se sont déjà fait inscrire, ce qui donnera à notre Congrès un intérêt scientifique extrême ;

6° Les séances auront lieu dans la grande salle des fêtes de l'Hôtel de Ville, gracieusement mise à notre disposition par M. Lécuellé, maire de Clermont-Ferrand, qui se propose de recevoir les congressistes;

7° Le Congrès s'est déjà acquis la bienveillante sollicitude de toutes les autorités et de la presse locale ;

8° Sur la demande du Dr Hospital, organisateur du Congrès, le Conseil général du Puy-de-Dôme a voté, à l'unanimité, une somme de 600 francs destinée à rendre agréable, par quelques distractions, le séjour des congressistes à Clermond-Ferrand ;

9° Les dames qui voudront bien accompagner leurs maris recevront à Clermont un accueil des plus sympathiques, de la part des religieuses de l'établissement de Sainte-Marie et d'un comité de dames ;

10° Les établissements de Sainte-Marie, à Clermont, et de La Cellette, dans la Corrèze, auront l'honneur de recevoir MM. les congressistes ;

11° Les moyens de transport sont multiples et peu onéreux : MM. les congressistes pourront utiliser, pour se rendre à Clermont, soit un billet circulaire, soit un billet d'aller et retour, pouvant se proroger avec un supplément, et dont les prix actuels sont peu supérieurs à l'ancien demi-tarif ;

12° La Compagnie des eaux thermales de Royat, interviewé par nous, s'est empressée de nous répondre, par son aimable directeur, qu'elle mettait à la disposition des congressistes son établissement et son casino; des cartes personnelles leur seront adressées.

Clermont-Ferrand, le 3 juin 1894.

Dr Hospital,
Médecin en chef de l'établissement Sainte-Marie.

Le lundi 17 décembre 1894, il sera ouvert un concours public pour une place de *chirurgien des hôpitaux* de Lyon.

Le candidat nommé remplira les fonctions de chirurgien suppléant jusqu'à ce qu'il succède par rang de nomination à un chirurgien des hôpitaux. Le chirurgien des hôpitaux restera en fonctions jusqu'au jour où il atteindra l'âge de 55 ans. Le traitement est fixé à 2,000 fr. Les concours de chirurgie à Lyon sont modifiés sur trois points principaux : la durée des fonctions n'est plus de 18 ans, le titre de chirurgien-major est supprimé, et les chirurgiens seront appelés par rang d'ancienneté à choisir dans les divers hôpitaux les services à leur convenance.

Dans quelques vingt ans, il n'y aura donc plus dans les hôpitaux de Lyon, ni aide-major, ni chirurgien-major, expressions qui remontaient au siècle dernier.

Syndicats médicaux.

Un syndicat formé ou en formation a-t-il le droit d'éliminer d'emblée un certain nombre de médecins, en ne leur adressant pas de convocation? De les empêcher ainsi de défendre leurs intérêts professionnels en les excluant d'une Société qui poursuit ce but fondamental? Sans doute, puisque les refusés, les non-admis pourront former un autre syndicat. En vertu de la loi de 1884, il n'y a pas de limites au nombre des syndicats.

Hommages aux médecins.

Le Conseil municipal de Paris voulant perpétuer le souvenir des services rendus à l'humanité par Trousseau, U. Trélat et Charcot, vient de décider que leurs noms seront donnés à des rues situées dans le quartier de La Salpêtrière.

Le 8e Congrès international d'Hygiène et de Démographie sera tenu à Bupadest, du 1er au 9 septembre 1894.

Chemin de fer d'Orléans.

BAINS DE MER DE L'OCÉAN

Billets d'aller et retour à prix réduits, valables pendant 33 jours.

Pendant la saison des bains de mer, du 1er mai au 31 octobre, il est délivré à Paris, à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz), des billets aller et retour de toutes classes réduits de 40 0/0 en 1re classe, de 35 0/0 en 2e classe, de 30 0/0 en 3e classe, pour les stations balnéaires ci-après :

Saint-Nazaire, Pornichet, Escoublac-La-Baule, Le Pouliguen, Batz, Le Croisic, Guérande, Vannes (Port-Navalo, Saint-Gildas-de-Ruiz), Plouharnel-Carnac, Saint-Pierre-Quiberon, Quiberon (Belle-Isle-en-Mer), Lorient (Port-Louis, Larmor), Quimperlé (Pouldu), Concarneau (Beg-Meil, Fouesnant), Quimper (Bénodet), Pont-L'Abbé (Langoz, Loctudy), Douarnenez, Chateaulin (Pentrey, Crozon, Morgat).

La durée de validité de ces billets (33 jours) peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes successives de 10 jours, moyenna[nt] le paiement, pour chaque période, d'un supplément égal à 10 0[/0] du prix du billet.

Exceptionnellement :

Le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions qui précèdent, pour les stations balnéaires de la ligne de Saint-Nazaire inclus au Croisic et à Guérande inclus, a la faculté d'effectuer, sans supplément de prix, soit à l'aller, soit au retour, le trajet entre Nantes et Saint-Nazaire dans les bateaux de la Compagnie de la Basse-Loire.

65e Année, 9e Série, Tome I — N° 30 — 28 Juillet 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Du mode d'application des substances employées dans le traitement des affections de la peau.

Par M. Cathelineau, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

(*Suite et fin.*)

Emplâtres.

Presque entièrement délaissés autrefois par la dermatologie, ils prennent depuis quelques années une place de plus en plus importante dans la pratique courante. Les emplâtres sont, comme on l'a vu, des savons de plomb. La saponification s'effectue *avec* ou *sans* l'intermédiaire de l'eau. Dans ce dernier cas, on a ce qu'on appelle des *emplâtres brûlés* qui sont tombés dans l'oubli.

L'oxyde de plomb qui sert à préparer les autres emplâtres est la *litharge*. Le massicot, le minium, autres oxydes de plomb, pourraient être employés, mais l'expérience a montré qu'on obtenait des produits trop mous, l'action saponifiante est moins rapide.

Comme corps gras, le Codex français prescrit l'emploi d'un mélange à parties égales d'axonge et d'huile d'olive. Les huiles siccatives donnent un produit visqueux, l'huile de ricin des emplâtres trop durs. Les emplâtres sont formés d'oléate, de stéarate, de palmitate de plomb.

L'*emplâtre simple du codex*, qui sert à préparer tous les autres, est obtenu avec les corps suivants :

Litharge pulvérisée	}
Axonge	} ãã 1.000 grammes.
Huile d'olive	}
Eau	2.000 grammes.

L'*emplâtre diachylon gommé*, ainsi appelé parce qu'autrefois il y entrait le suc de certaines plantes (διὰ χυλός), s'obtient en ajoutant au précédent :

Cire blanche	120 grammes.
Poix blanche	120 —
Térébenthine de mélèze	120 —
Gomme ammoniaque	100 —
Galbanum	100 —
Essence de térébenthine	60 —

Ces deux emplâtres entraient autrefois, en y ajoutant diverses substances, dans la composition des autres emplâtres.

L'emplâtre simple n'exerce aucune action irritante sur la peau, s'il est préparé avec de l'huile et de l'axonge fraîches, mais il a l'inconvénient d'être sec, cassant, peu adhésif.

L'emplâtre diachylon, très adhésif, a une action irritante prononcée, qui ne peut être négligée quand on a affaire à une inflammation aiguë ou subaiguë ou à un sujet prédisposé. Un autre inconvénient est l'impossibilité d'incorporer en quantité quelque peu considérable à ces emplâtres une substance active.

Enfin tous les médicaments ne sont pas susceptibles d'être incorporés à ces emplâtres. L'acide pyrogallique, le soufre, l'anthrarobine, l'acide chrysophanique décomposent les sels de plomb.

M. Portes, pharmacien en chef à l'hôpital Saint-Louis, est arrivé à ne faire entrer dans les emplâtres que l'emplâtre simple et actuellement il les prépare ainsi :

Emplâtre rouge de Vidal (Portes) :

Emplâtre simple	520 grammes.
Minium	} ãã 50 —
Cinabre	}

Emplâtre au calomel (Portes) :

Emplâtre simple	300 grammes.
Calomel	100 —
Huile de ricin	30 —

Emplâtre à l'huile de foie de morue (Portes) :

Emplâtre simple	300 grammes.
Huile de foie de morue	175 —
Cire jaune	125 —

Emplâtre à l'huile de chaulmoogra (Portes) :

Emplâtre simple	400 grammes.
Huile de chaulmoogra	300 —
Cire jaune	100 —

Emplâtre de savon :

Emplâtre simple	2.000 grammes.
Cire blanche	100 —
Savon médicinal	125 —

Emplâtre de Vigo (Codex).

Emplâtre simple	2.000	grammes.
Cire jaune	100	—
Colophane	100	—
Bdellium	30	—
Gomme ammoniaque	30	—
Oliban	30	—
Myrrhe	20	—
Safran	20	—
Mercure	600	—
Styrax liquide	300	—
Térébenthine de mélèze	100	—
Huile volatile de lavande	10	—

Je place, à côté de cette formule, celle qu'on trouve dans la pharmacopée germanique et qui renferme seulement: mercure, térébenthine, cire jaune, emplâtre simple.

Ces emplâtres liquéfiés servent à la préparation des sparadraps. On liquéfie une certaine quantité d'emplâtre qu'on étale régulièrement sur une bande de tissu de coton ou de lin : on a ce qu'on appelle des *sparadraps*.

Tous les médicaments, on l'a vu plus haut, ne sont pas susceptibles d'être incorporés à l'emplâtre simple.

Pour donner la forme emplastique à ceux qui ne sont pas irritants : acide borique, oxyde de zinc, etc., on fit d'abord des emplâtres à l'oléate d'alumine. C'était un premier progrès. Un autre plus important fut l'emploi de la gutta-percha. Le sparadrap fut remplacé par Unna par une préparation qu'il désigna sous le nom de *mousseline-emplâtre*.

Dans cette préparation on fixe sur une mousseline ou une tarlatane par un procédé mécanique quelconque une feuille de gutta-percha assez mince. On dissout dans la benzine, le chloroforme, l'éther de pétrole du caoutchouc; on ajoute à cette solution la substance médicamenteuse qu'on y mélange intimement et on l'étend sur la feuille de gutta-percha.

Avec une quantité de matière adhésive ne dépassant pas 5 grammes on peut faire adhérer à la gutta-percha sur un rouleau de mousseline de 1 mètre de 30 à 50 grammes de médicament.

On recouvre cette couche d'une deuxième mousseline qu'on enlève au moment du besoin. Mais, au bout de quelques temps, la gutta-percha durcit, l'emplâtre devient raide, s'écaille.

L'emploi de la lanoline en tant que substance indifférente complètement et très fortement hygrométrique est venu réaliser un nouveau progrès dans la confection de ces emplâtres.

En France, MM. Portes, Vigier, Cavaillès se sont de leur côté attachés à faire disparaître les inconvénients que présentaient les sparadraps français et à préparer des topiques souples, légers, adhésifs.

La feuille de gutta-percha des topiques d'Unna est supprimée.

On prend un tissu très fin, souple, imperméable, coloré légèrement et préalablement aseptisé; on introduit la substance médicamenteuse dans une masse formée de gutta-percha, de chloroforme ou de benzine. Ce mélange est ensuite coulé sur le tissu, on recouvre la face d'une gaze légère, qu'on enlève au moment du besoin.

Toutes les substances solides ou liquides peuvent être incorporées à cette masse, sauf le phénol, auquel convient comme excipient le suif benzoïné, le mercure et la créosote qui se trouvent mieux de la cire.

La lanoline caoutchoutée est aussi employée; elle contient 150 grammes de caoutchouc pour 1,800 grammes de lanoline et s'obtient en distillant sur la lanoline une solution chloroformique de caoutchouc (Portes). Cette lanoline caoutchoutée peut être coulée sur des tissus telle qu'elle est ou additionnée d'emplâtre simple, de cire jaune, d'emplâtre de poix de Bourgogne, comme dans les formules suivantes usitées à Saint-Louis :

Emplâtre type (Cavaillès):

Lanoline caoutchoutée	70	grammes.
Emplâtre de poix de Bourgogne	10	—
Substance active	10 à 20	grammes.

On a ainsi les emplâtres suivants :

Emplâtre à l'oxyde de zinc à	10 0/0
— — et à l'acide borique	10 0/0
— — et à l'acide salicylique	10 0/0
— — et à l'essence de menthe	1 0/0
— à l'huile de foie de morue	10 0/0
— à l'huile de cade	10 0/0
— à l'acide salicylique	10 0/0
— au savon noir	10 0/0
— à l'acide borique	10 0/0
— à l'acide pyrogallique	10 0/0
— à la résorcine et à la créosote	10 0/0
— — et à l'ichthyol	10 0/0
— à l'iodoforme	10 0/0
— de Vigo.	
— rouge.	
— au salol, etc.	

Emplâtre à l'acide pyrogallique (Portes) :

Gomme ammoniaque	20	grammes.
Cire jaune	50	—
Lanoline caoutchoutée	50	—
Colophane	20	—
Térébenthine de Venise	50	—
Acide pyrogallique	126	—

Emplâtre à l'oxyde de zinc (Portes) :

Emplâtre simple	720	grammes.
Cire jaune	400	—
Lanoline caoutchoutée	1.860	—
Oxyde de zinc	600	—

Le procédé employé par M. Vigier diffère sensiblement des précédentes formules. Il donne à ses produits le nom d'*épithèmes*.

Il supprime tout emplâtre comme M. Unna. Le médicament est introduit dans une masse formée de gutta-percha, de gomme élastique, de vaseline et de benzine. Ce mélange est ensuite coulé sur un tissu imperméable, coloré et préalablement aseptisé au moyen de l'acide borique et de la résorcine; enfin on recouvre d'une gaze légère qu'on enlève au moment du besoin.

M. Vigier a adopté pour ces épithèmes le dosage à 10 0/0 de médicament actif. Cette dose peut varier. Il prépare ainsi des topiques ou épithèmes avec de l'ichthyol, de la résorcine, de l'oxyde de zinc, etc.

Tels sont les progrès réalisés depuis quelques années par les emplâtres (1).

Colles.

Dans ces derniers temps, divers dermatologistes, entre autres Pick (de Prague) ont fait avec la gélatine pour excipient un certain nombre de préparations destinées à remplacer les sparadraps et les épithèmes. Ce sont des colles provenant d'une solution de gélatine à chaud dans l'eau et la glycérine, additionnées d'une substance médicamenteuse.

Voici la façon de les obtenir : on fait fondre au bain-marie dans deux fois son poids d'eau de la gélatine blanche du commerce; on agite constamment la masse liquéfiée; on ajoute ensuite la substance active dans la proportion

(1) Voir *Nouveaux Remèdes* : HALLOPEAU.

voulue et on laisse refroidir. Quand on veut se servir de cette colle, on la fait fondre au bain-marie, puis, dès que la liquéfaction est complète (35° environ), on étale la gélatine sur la peau avec un pinceau. La couche ainsi étalée durcit. Unna comme base générale de toute les colles médicamenteuses donne les deux formules suivantes :

Colle molle :

Gélatine	15 grammes.
Glycérine	25 —
Eau	45 —
Oxyde de zinc	15 —

Colle dure :

Gélatine	30 grammes.
Glycérine	30 —
Eau	30 —
Oxyde de zinc	10 —

La colle molle sert à incorporer les substances insolubles (céruse, iodure de plomb, précipité blanc, etc.) dans la proportion de 5 à 30 0/0.

La colle dure est préférée pour les substances qui mettent obstacle à la solidification de la gélatine (chloral, camphre, créosote, ichthyol). Le tannin, l'acide pyrogallique, les sels de mercure, ne peuvent être incorporés à ces préparations ; elles forment avec la gélatine un composé insoluble.

La période des grandes chaleurs et la transpiration exagérée en contre-indiquent l'emploi.

Epidermine.

Sous le nom d'épidermine, Kohn indique, comme devant servir de base pour des onguents adhésifs, une préparation dont la composition est la suivante :

Cire blanche	15 grammes.

faire fondre et triturer dans un mortier chaud avec

Poudre de gomme arabique	15 grammes.

jusqu'à obtenir une pâte homogène. Ajouter alors le mélange bouillant de :

Eau	àâ 15 grammes.
Glycérine	

et agiter jusqu'à refroidissement.

Pour triturer les substances à ajouter à l'épidermine, on se servira exclusivement de glycérine.

L'épidermine se présente sous la forme d'une masse laiteuse semi-fluide qui, exposée à l'air libre en couche mince, forme une pellicule tendre, fortement adhérente, pouvant remplacer la traumaticine, la glycérine-gélatine d'Unna, les collodions.

On obtient ainsi les préparations suivantes qui donnent de bons résultats :

Epidermine à l'oxyde de zinc	5 à 30 0/0
— tuménolée	10 0/0
— chrysarobinée	10 0/0
— pyrogallolée	5 à 10 0/0
— au goudron de hêtre	10 0/0
— résorcinée	2 0/0
— iodoformée	10 à 20 0/0
— au sublimé	1 0/0
— ichthyolée	10 0/0
— à l'iodure de plomb	10 à 30 0/0

Collodion. — Pellicules. — Traumaticine. — Stérésol.

Le *collodion* est un liquide sirupeux, agglutinatif, constitué par une solution de pyroxyline ou coton-poudre dans un mélange convenable d'alcool et d'éther: appliqué sur la peau, il se dessèche rapidement, laissant un enduit dur, rétracté, quand il est préparé comme suit :

Fulmi-coton	5 grammes.
Ether rectifié	75 —
Alcool à 95°	20 —

Le collodion *élastique* se prépare en ajoutant 1/15 d'huile de ricin, l'enduit qu'il laisse est alors souple.

On peut incorporer au collodion des substances médicamenteuses : acide salicylique, iode, iodoforme, etc.

Quand la substance qu'on veut appliquer n'est pas soluble, on l'applique sur le point d'action et on la recouvre d'une couche de collodion.

Les *pellicules* s'obtiennent en faisant dissoudre dans l'acétone le fulmi-coton. Cette espèce de collodion se dessèche très rapidement; on peut, comme pour le collodion, y dissoudre la substance active ou l'en recouvrir après son application sur la peau. On les obtient ainsi :

Fulmi-coton	6 grammes.
Acétone	àâ 40 —
Ether alcoolisé	
Huile de ricin	8 —

(Vigier).

La *traumaticine*, inventée par Ausspitz (de Vienne) est obtenue en faisant dissoudre de la gutta-percha dans du chloroforme dans les proportions suivantes :

Gutta-percha	10 grammes.
Chloroforme	90 —

Cette solution, étendue sur la peau à l'aide d'un pinceau, laisse un enduit résistant sous la forme d'une pellicule brune. Toute substance soluble dans le chloroforme peut être traumaticinée. Dans le cas contraire, on imprègne tout d'abord l'épiderme d'une solution de la substance qu'on veut employer et on recouvre le topique d'une couche de traumaticine qui doit le déborder assez largement. Une préparation très répandue est la suivante :

Gutta-percha	10 grammes.
Acide chrysophanique	10 —
Chloroforme	80 —

On a proposé comme *vernis* un certain nombre de préparations adhérentes sur les muqueuses et sur la peau auxquelles on a donné les noms les plus divers. Un des meilleurs est le stérésol (Berlioz), préparé d'après la formule suivante :

Gomme laque purifiée	270 grammes.
Benjoin	10 —
Baume de tolu	10 —
Acide phénique cristallisé	180 —
Essence de cannelle de Chine	6 —
Saccharine	6 —
Alcool pour faire un litre	Q. S.

Glycérés.

Les glycérés sont des préparations pharmaceutiques dont l'excipient est la glycérine et qui ont été introduites dans la pratique médicale par Cap, en 1853.

Les glycérés sont liquides ou solides.

Les glycérés liquides sont des solutions ou des mélanges opérés avec la glycérine et une ou plusieurs substances médicamenteuses. On les prépare à chaud ou à froid.

Pour obtenir des glycérés solides, on fait chauffer d'abord la glycérine avec l'amidon préalablement délayé dans un peu d'eau.

Glycérolé d'amidon :

Glycérine	1,500 grammes.
Amidon	150 —

L'amidon se gonfle peu à peu et communique au véhicule une consistance gélatineuse. On incorpore ensuite au glycérolé d'amidon les substances actives préalablement porphyrisées quand elles sont solides :

Glycérolé d'amidon	880 grammes.
Calomel	120 —

dissoutes dans très peu d'eau quand elles sont solubles, comme dans l'exemple suivant :

Glycérolé d'amidon	1.000 grammes.
Acide tartrique	50 —

ou émulsionnées quand elles sont huileuses ou résineuses, comme pour l'huile de cade.

Glycérolé cadique fort :

Huile de cade	50 grammes.
Extrait sirupeux de bois de Panama	5 —
Glycérolé d'amidon	45 —

Glycérolé cadique faible :

Huile de cade	140 grammes.
Glycérolé d'amidon	860 —

A côté des glycérolés d'amidon, il faut signaler aussi les *glycérés d'argile*, préparés par M. Vigier, dès 1874, et repris depuis lors en Allemagne.

Terre glaise fine et humide	100 grammes.
Glycérine pure	50 —

Triturer jusqu'à parfait mélange.
Ou bien :

Argile sèche en poudre impalpable	75 grammes.
Eau	25 —
Glycérine pure	50 —

Lotions. — Fomentations. — Emulsions.

La dénomination de lotions doit être appliquée aux liquides avec lesquels on lave les surfaces malades. Ces médicaments ne séjournent pas sur les plaies, ce qui les distingue des *fomentations*, dont l'application se fait ordinairement à l'aide de compresses maintenues à demeure.

Les lotions et les fomentations sont de nature extrêmement variée ; on les prépare avec l'eau pure, l'eau vinaigrée (1/4), l'eau alcoolisée.

Parfois même ce sont de simples mélanges, comme dans la formule suivante :

Lotion soufrée :

Soufre	50 grammes.
Alcool camphré	120 —
Eau	880 —

Lotion excitante (Lailler) :

	N° 1.	N° 2.
Alcool camphré	100 grammes.	100 grammes.
Essence de térébenthine	15 —	25 —
Ammoniaque	5 —	15 —

Lotion parasiticide (Hallopeau) :

Alcool camphré	4.200 grammes.
Glycérine	1.000 —
Essence de térébenthine	800 —
Sublimé corrosif	6 —

Solvines ou polysolves.

Une mention spéciale doit être faite pour les solvines ou polysolves. Ce sont des sulforicinates alcalins, soit de soude, soit d'ammoniaque, introduits dans la thérapeutique par Müller Jacobs. L'huile de ricin est seule utilisée, parce qu'avec les autres huiles, on a des produits solides ou presque solides.

Le sulforicinate de soude se présente comme un dissolvant universel, traversant les membranes animales, les imbibant comme la lanoline, cependant non absorbable par la peau. Malheureusement, il est très irritant et surtout très toxique. Je n'insisterai donc pas.

Emulsions.

Les émulsions sont des liquides laiteux, résultant de l'action de l'eau : 1° sur les semences huileuses ; 2° sur des résines ou des gommes-résines.

Les premières ou *émulsions vraies* en dermatologie ne sont employées que pour la liqueur de Gowland.

Amandes amères	90 grammes.
Eau	500 —
Sublimé	0 gr. 80 centigr.
Alcool	45 grammes.
Eau de laurier-cerise	15 —

Les secondes ont pour types l'émulsion de coaltar, d'huile de cade, de goudron. On emploie généralement les teintures de quillaya ou de polygala comme liquides émulsifs.

Teinture de bois de Panama	400 grammes.
Coaltar	100 —
Eau	400 —

Huile de cade	20 grammes.
Alcool à 90°	100 —
Teinture de bois de Panama	100 —
Eau chaude	780 —

Goudron	20 grammes.
Alcool à 90°	100 —
Teinture de bois de Panama	100 —
Eau chaude	780 —

Tels sont brièvement résumés les différents modes d'application des substances employées dans le traitement des affections de la peau à l'hôpital Saint-Louis.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement médical du cancer de l'estomac.

Par le Dr A.-F. Plicque, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le traitement du cancer de l'estomac semble, à première vue, tâche bien illusoire et bien décourageante. Patiemment dirigé, il peut cependant beaucoup pour combattre les douleurs, les hématémèses, les troubles digestifs, la cachexie progressive. Les faux cancers de l'estomac ne sont pas non plus absolument rares. Des dyspepsies urémiques, des ulcères simples, des gastrites atrophiques peuvent donner des accidents rappelant en tout ceux du cancer. La tumeur cancéreuse elle-même peut être simulée par une inflammation épiploïque, une accumulation de matières stercorales dans le colon transverse et même une simple contracture partielle des muscles droits. Il ne faut donc pas se hâter de porter un diagnostic et un pronostic trop sombres ni renoncer *trop tôt* au traitement.

1° Contre la *douleur* on peut employer les vésicatoires, les pointes de feu, les vésicatoires morphinés, les applications locales de chloroforme. Mais, parmi les moyens externes les plus efficaces, sont certainement le cautère permanent et les applications de ciguë.

Le cautère donne non seulement contre la douleur, mais souvent même contre les troubles dyspeptiques, des résultats inespérés. La seule précaution, dans les cas où il existe une tumeur développée et voisine de la peau, est d'appliquer le cautère à quelque distance. Dans le cancer de l'estomac, on voit, en effet, survenir parfois une complication bien étudiée par Feulard : les fistules gastro-cutanées. Un cautère,

mis sur le point de la peau voisin de la tumeur, pourrait faciliter ou plutôt pourrait plus tard être accusé d'avoir facilité cette complication.

Les emplâtres de ciguë, les applications de pommade à l'extrait de ciguë au huitième ont également une action spéciale contre les douleurs cancéreuses. Une précaution utile est de recommander au malade de ne pas se toucher les yeux après avoir manié ces préparations. On observe souvent des troubles visuels très pénibles résultant de cette seule cause. La morphine en injections sous-cutanées ne doit être employée qu'une fois le diagnostic de cancer absolument certain. Elle a souvent l'inconvénient d'aggraver les troubles dyspeptiques.

Le condurango employé à l'intérieur permettra bien souvent d'éviter de recourir aux injections de morphine. Son action calmante est telle que quelques auteurs allemands ont voulu faire du condurango un moyen de diagnostic. Un des meilleurs modes de préparation est l'infusion. On prescrira :

Ecorce récente de condurango	15 grammes.

Faire infuser un quart d'heure dans 300 grammes d'eau. A prendre par cuillerées à bouche.

On peut également prescrire la teinture alcoolique :

Teinture alcoolique de condurango	10 grammes.
Julep gommeux	120 —

Par cuillerées à bouche.

Ou simplement la poudre :

Poudre d'écorce récente de condurango	0 gr. 50.

Pour un cachet. Six à huit cachets par jour.

La poudre convient spécialement chez certains malades, à qui déplaît le goût spécial du condurango.

2° Les hématémèses du cancer sont d'ordinaire peu abondantes et répétées. Le mélæna est plus fréquent que les hématémèses. On aura donc rarement besoin d'avoir recours aux moyens en usage dans les grandes hémorrhagies de l'ulcère : repos absolu, régime lacté intégral, glace intus et extra, ergotine à l'intérieur et en injections. Mais les petites hémorrhagies mériteront d'être énergiquement traitées, car elles sont une des grandes causes de cachexie. On peut employer, comme moyens principaux :

a) Les boissons acidulées et, surtout, la solution chlorhydrique faible à 2 pour 1,000, utile également contre la dyspepsie.

b) Les poudres destinées à faire une sorte de pansement de l'ulcération stomacale. La formule de Peter est excellente :

Opium brut	0 gr. 02.
Sous-nitrate de bismuth	2 grammes.

Pour un paquet. Un paquet avant chaque repas.

L'antipyrine par cachets de 1 gramme constitue également un très bon hémostatique.

Bien que le lavage de l'estomac ait souvent été fait chez les cancéreux sans inconvénients, il est plus sage de s'en abstenir. Sans doute, les hémorrhagies, les perforations qui peuvent survenir au cours du lavage seraient peut-être survenues sans lui. Mais les familles manqueront, en général, de la logique et de l'indulgence nécessaires pour accepter cette interprétation.

Contre les troubles dyspeptiques, la solution chlorhydrique faible, très indiquée en raison de l'hypochlorhydrie des cancéreux, le condurango utile surtout en cas de catarrhe gastrique (vomissements aqueux du cancer) ont été déjà mentionnés. Le chlorate de soude, préconisé par Brissaud, donne vraiment chez quelques malades d'excellents résultats. Ce sel, étant peu toxique, peut être donné à dose de 12 grammes et plus par jour. On se contentera ordinairement de 4 à 6 grammes. Le chlorate de soude est très soluble et peut être facilement pris dans du lait. En raison de sa saveur désagréable, il ne sera chez quelques malades accepté qu'en cachets.

Dans le cas de fermentations stomacales excessives, la ressource du lavage manquant, on insistera surtout sur l'emploi de la solution chlorhydrique faible, de l'eau chloroformée diluée au tiers, des antiseptiques intestinaux. Un des meilleurs antiseptiques est, ainsi que l'a montré Gilbert, le benzonaphtol bien toléré par l'estomac et par le rein. On donne par jour, après les repas, 2 à 8 cachets de 0 gr. 50. Un des médicaments les plus inoffensifs et qui nous ont le mieux réussi en pareil cas est la magnésie à dose de 2 à 4 grammes par jour.

Contre les vomissements on emploiera les moyens ordinaires : eau de Seltz, potion de Rivière, champagne, glace. Le gavage, en ayant le soin de n'enfoncer le tube que jusqu'à la moitié de l'œsophage, est une précieuse ressource dans les vomissements incoercibles.

Contre l'anorexie, toutes les préparations, sauf peut-être le condurango, échouent. Le gavage constitue une ressource extrême des plus utiles. Dans quelques cas, on arrivera à faire manger les malades en leur prescrivant un régime impérieux, soigneusement fixé : lait, bouillon dégraissé, poudres de viande, de lait, de légumes, revalescière, racahout, œufs, tapioca à la viande crue. Les végétaux en purée, le poisson bouilli, les fruits cuits sont souvent mieux digérés que la viande. Une faute souvent commise est de se désintéresser du régime des malades et de leur conseiller simplement de manger tout ce qui leur fait envie. Outre que ce conseil est rendu dangereux du fait de l'anorexie complète, il contribue plus que tout le reste à faire voir aux malades qu'ils sont perdus.

En dehors du régime, on insistera sur les soins ordinaires d'hygiène générale : frictions de la peau, exercice modéré, grand air. Une propreté extrême de la bouche est le meilleur moyen d'éviter le muguet, si fréquent chez les cachectiques. L'hydrothérapie, le massage généralisé sont très utiles pour maintenir une certaine tonicité et un semblant de vigueur. Le massage doit être fait avec beaucoup de prudence sur les membres inférieurs et suspendu au moindre soupçon de phlébite. Le suc testiculaire soit en injections sous-cutanées, soit simplement en lavements, est utile pour masquer l'affaiblissement progressif. Peut-être même a-t-il une valeur contre les troubles digestifs et l'anorexie.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Diphtérie et antitoxine.

Au moment où l'Institut Pasteur publie les superbes résultats obtenus par l'emploi du sérum antitoxique dans les pavillons de diphtérie de l'hôpital des Enfants-Malades, il est intéressant d'établir la comparaison avec les statistiques allemandes.

Le Dr Katz a fait à ce sujet un rapport lu à la Société de Médecine de Berlin : nous allons en donner un résumé succinct.

Voici d'abord les résultats bruts : avant la mise en pratique du traitement par l'antitoxine, la mortalité pour les cas de diphtérie à l'hôpital des enfants « Empereur et Impératrice Frédéric » oscillait dans les environs de 40 0/0.

Pendant la période du 14 mars au 20 juin, où tous les enfants diphtériques ont été traités par l'antitoxine, la mortalité est tom-

bée à 13.2 0/0 pour les enfants traités et à 16.5 0/0 si on ajoute les cas où le traitement n'a pu être institné.

La dose utilisée a été d'abord de 3 centimètres cubes, puis de 5, de 10 et actuellement on injecte 20 centimétres cubes et même plus dans les formes graves. Tous ces cas étaient rigoureusement analysés, et on ne compte dans cette statistique que ceux où le bacille de Lœffler a été trouvé. Or, si on prend comme terme de comparaison la période correspondante de 1893, on trouve que la mortalité était de 37 0/0.

Subdivisant en quatre catégories : cas pen graves, cas moyens, cas graves, cas septiques, le Dr Katz arrive à cette conclusion que tous les cas bénins ont guéri, tons les cas septiques sont morts, les cas moyens ont donné 2.85 0/0 de mortalité, les cas graves un peu plus de 26 0/0.

Aucune complication viscérale ne s'est déclarée par suite du traitement. On n'a guère eu à noter que des exanthèmes présentant le type des éruptions scarlatiniformes ou rubéoliques, mais sans ascension thermique.

L'influence sur la formation des membranes semble avoir été nulle : l'angine a persisté quelquefois fort longtemps avec ses caractères habituels.

La température s'est élevée dans deux cas, mais la chûte s'est produite presque aussitôt. Ordinairement, la température tombait aussitôt après l'injection. Chez les cardiaques, l'antitoxine n'agissait jamais d'une façon favorable.

Pendant la convalescence, on a noté quatre fois l'absence du réflexe rotulien. Quatre fois également, il s'est produit une paralysie du voile du palais, une fois une paralysie de l'accommodation, une fois également des troubles dans le fonctionnement des muscles de la respiration.

Chez les malades qui sont morts, l'antitoxine n'a nullement modifié le type habituel des symptômes.

La trachéotomie a été pratiquée 17 fois sur 128 avec cinq succès, mais il est important de noter que 7 des trachéotomisés appartenaient au groupe des 23 enfants n'ayant pas été traités par l'antitoxine. Ces sept enfants, apportés pendant la période agonique, moururent. Cependant, si on prend en bloc tous les cas, on voit que 17 trachéotomies et 12 intubations ont donné 34 0/0 de guérisons, tandis que les années 1892 et 1893 ont donné seulement 23.4 à 21.8 0/0 de guérisons.

Le traitement par l'antitoxine a été appliqué préventivement aux fréres et sœurs des petits diphtériques dés la première alerte. Tous ont guéri.

L'antitoxine employée a toujours été celle du docteur Aronson.

Bien que le nombre des enfants traités soit encore trop faible pour autoriser des conclusions absolues, cette statistique est jusqu'ici la plus brillante qu'on ait présentée.

Le traitement n'a jamais été nuisible. Au contraire, il paraît jouir d'une influence favorable ; aussi est-on encouragé à continuer les essais.

Bactériologie des endocardites.

M. Leyden avait l'an dernier communiqué à la Société de Médecine interne de Berlin une observation d'endocardite infectieuse blennorrhagique, et il avait pu démontrer la nature vraie de l'infection par la coloration des gonocoques.

Un peu de scepticisme accueillit cette communication, mais depuis, Councilmann a retrouvé le gonocoque dans une myocardite blennorrhagique, et Uffreduzzi dans un épanchement pleurétique.

M. Leyden a continué ses recherches sur les différentes endocardites et c'est le résumé de ses travaux qu'il vient de communiquer à la Société de Médecine interne de Berlin.

Dans une endocardite consécutive à une pneumonie et suivie de mort, M. Leyden retrouva le pneumocoque et en vérifia la nature.

Bouillaud le premier établit clairement et sûrement les relations existant entre le rhumatisme articulaire aigu et les cardiopathies, puis il en étudia les formes, surtout la forme pyohémique. Les travaux de Wirchow sur les embolies d'origine endocarditique, ceux de S. Kirks, puis la publication de Lancereaux sur l'endocardite ulcéreuse, éludèrent les principaux points de l'étude clinique et anatomo-pathologique. Les progrès de la bactériologie donnèrent un essor nouveau aux travaux scientifiques sur ce sujet. Klebs (1878) étudia les rapports des microorganismes avec les infections. Ses recherches éclairèrent singulièrement la pathogénie d'un grand nombre de maladies. Il démontra que les deux types d'endocardite, végétant et ulcéreux, avaient une nature parasitaire commune.

De ses travaux il crut pouvoir tirer une division nouvelle de l'endocardite en forme monadique et forme septique beaucoup plus grave. Cette division n'est pas admise, bien que le mot monade n'ait guère ici que le sens de microorganisme bénin.

Les travaux plus récents de Koster, Litten, etc., méritent d'être cités.

Weichselbaum commence la dissociation des espèces bactériennes dans les endocardites ; il démontre la présence du bacille tuberculeux dans les caillots du cœur, Helbe en avait trouvé sur l'endocarde; puis les endocardites à colibacille sont décrites par Netter. Leyden, de son côté, démontre la présence du diplocoque de la pneumonie dans certaines endocardites.

Les rapports du rhumatisme articulaire aigu avec l'endocardite sont loin d'être parfaitement connus. C'est que, bien que classé dans les maladies infectieuses, le rhumatisme n'a pas encore de microorganisme spécifique connu.

Cette forme d'endocardite est généralement moins grave dans ses symptômes généraux. Son début passe plus souvent inaperçu, et il faut sonvent l'établissement d'une lésion valvulaire pour permettre d'affirmer le diagnostic.

Les recherches micrographiques de Weichselbaum, Goldscheider, Sabli, n'ont pu amener la découverte d'un élément microbien constant.

Ayant eu l'occasion d'examiner, dans six cas, les produits d'une endocardite rhumatismale, Leyden a trouvé quatre fois un petit diplocoque, qui, bien que ressemblant à celui de la pneumonie, a des caractères très particuliers. Il a pu dans un cas le cultiver dans le liquide ascitique. Les inoculations faites sur les animaux et sur l'homme n'ont pas donné de résultats décisifs, aussi M. Leyden, tout en étant disposé à admettre sa relation avec le rhumatisme, attend de nouveaux faits pour affirmer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 juillet.

Notes sur l'anatomie de l'urèthre.

M. Bouchard présente, au nom de M. Testut, une note sur la topographie de l'urèthre.

Pour étudier l'anatomie topographique de l'urèthre, j'ai utilisé les coupes sur des sujets congelés. Voici ce que j'ai pu constater :

1° Le col de la vessie se trouve constamment situé au-dessus et en arrière de l'extrémité inférieure de la symphyse ou angle symphysien. Un intervalle de 23 millimètres, en moyenne, le sépare de cet angle ;

2° Une horizontale menée par le col rencontre la symphyse à sa partie moyenne ou un peu au-dessus de sa partie moyenne ;

3° La distance qui sépare le col de la symphyse est, en moyenne, de 23 millimètres ;

4° Le point le plus déclive de l'urèthre est toujours situé en avant de l'aponévrose périnéale moyenne, le plus souvent au niveau ou au voisinage d'une verticale passant par l'angle symphysien. Ce point déclive est séparé de l'angle symphysien par

un intervalle moyen de 18 millimètres. J'ai observé un minimum de 12 millimètres et un maximum de 25 millimètres, cette donnée est, par conséquent, très variable;

5° L'angle prépubien de l'urèthre a, par rapport au pubis, une situation fort variable. Je l'ai toujours trouvé au-dessous d'une ligne horizontale passant par l'extrémité inférieure de la symphyse, sauf dans un cas où il remontait jusqu'à cette ligne, mais sans la dépasser;

6° La longueur de l'uréthre fixe est, en moyenne, de 65 millimètres à 70 millimètres, dont 40 millimètres pour la portion située en amont du point déclive et 25 ou 30 millimètres pour la portion située en aval;

7° Si de l'horizontale, passant par le col, nous abaissons deux verticales, l'une sur le point déclive, l'autre sur l'angle prépubien, nous constatons que ces verticales mesurent en moyenne, la première 38 millimètres, la seconde 32 millimètres seulement. L'uréthre descend donc à 38 millimètres au-dessous du niveau occupé par le col et remonte ensuite pour atteindre l'angle prépubien. Toutefois, cette ascension est peu considérable, puisqu'elle n'est que de 6 millimètres. Je dois ajouter que l'uréthre, entre le point déclive et l'angle prépubien, n'a pas toujours une direction ascendante. Sur deux de mes sujets, la distance en projection qui se trouve comprise entre une horizontale menée par le col et le point le plus déclive de l'uréthre est exactement égale à celle qui sépare cette même horizontale de l'angle prépubien. Sur ces deux sujets, par conséquent, le canal de l'uréthre, du point le plus déclive à l'angle prépubien, suit un trajet parfaitement horizontal;

8° La distance en ligne droite qui sépare le col de l'angle prépubien, autrement dit la corde de l'arc que décrit l'urèthre fixe autour de la symphyse, est évaluée par M. Sappey à 70 millimètres. Ce chiffre me paraît un peu trop élevé. J'ai obtenu, dans mes quatre observations, 58 millimètres, 54 millimètres, 55 millimètres et, de nouveau, 54 millimètres, soit une moyenne de 55 millimètres;

9° On retrouve un peu partout cette assertion de Gély que la courbe uréthrale se rapporte assez sensiblement à une portion de circonférence engendrée par un rayon de 60 millimètres et que sa longueur représente un peu moins du tiers de cette circonférence. Je n'ai jamais rencontré dans le trajet décrit par l'urèthre une portion de circonférence, mais bien une courbe fort irrégulière, variable pour chaque sujet. La seule formule qui paraisse se dégager de l'étude comparative de mes observations est celle-ci : l'urèthre fixe se compose d'un segment initial à peu près rectiligne et d'un segment terminal également rectiligne, réunis l'un à l'autre par une courbe de raccordement.

Recherches sur l'excitabilité des muscles rigides et sur les causes de la disparition de la rigidité cadavérique.

M. Chauveau présente à ce sujet une note de M. Tissot :

D'après une opinion généralement admise, la putréfaction est la cause de la disparition de la rigidité. Les expériences que j'ai faites à ce sujet m'ont montré que cette opinion est fausse. J'ai fait des cultures des muscles à différentes époques et après la disparition de la rigidité, afin de saisir le moment où les microbes envahissent les muscles. J'ai vu :

1° Qu'il n'y a jamais de bactéries dans un muscle rigide (chez un animal qui n'est pas mort de maladie infectieuse);

2° Qu'il n'y a jamais de bactéries dans les muscles au moment où la rigidité cesse, et qu'il s'écoule un certain temps, souvent fort long, entre la disparition de la rigidité et le début de la pullulation microbienne.

Ces faits peuvent être mis facilement en évidence chez des animaux soumis à l'inanition, surtout ceux chez lesquels l'inanition a duré longtemps. L'animal est porté au frais sitôt que la rigidité a apparu, puis on fait des cultures des muscles jusqu'à ce que les microbes les envahissent.

Sur un chat on constate un espace de trois jours entre la cessation de la rigidité et la putréfaction. Sur un chien on constate la présence de bactéries quatre jours après la cessation de la rigidité.

Ainsi, le relâchement des muscles rigides n'est pas dû à la putréfaction, et cette dernière est postérieure à la disparition de la rigidité.

On a donné aussi, comme autre cause de la cessation de la rigidité, la dissolution de la myosine par l'acide formé dans le muscle. Mais cette hypothèse n'a pas plus de valeur que l'autre, car chez les animaux en inanition, les muscles ne deviennent pas acides (Cl. Bernard) en devenant rigides, et restent alcalins jusqu'après la cessation de la rigidité. Ce fait est sans exception chez tous les animaux soumis à l'inanition; on peut donc conclure que l'acide n'entre pas plus en cause dans la production de la rigidité que dans sa disparition.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juillet. — Présidence de M. Rochard.

Désinfection des appartements.

M. Laveran, de concert avec M. Vaillard, a essayé, pour les comparer, la désinfection des murs par les pulvérisations antiseptiques et le lavage au savon noir suivi d'un lavage avec une solution désinfectante.

Il conclut que le meilleur procédé consiste à les laver avec une solution d'acide phénique à 5 0/0 ou de sublimé à 2 0/00; dans tous les locaux qui sont exposés à de fréquentes souillures : hôpitaux, casernes, écoles, chambres d'hôtel, etc., il faudrait avoir des parois imperméables faciles à nettoyer et à désinfecter par ce procédé.

M. Dujardin-Beaumetz. — Dans les appartements où les murs sont recouverts de papiers, de tentures, cette méthode n'est pas utilisable et d'ailleurs les pulvérisations antiseptiques sont suffisantes comme l'expérience nous le prouve.

Rhinoplastie sur support métallique.

M. Chauvel lit un rapport sur un travail de M. Forgue à ce sujet. La méthode, dont l'idée revient à C. Martin (de Lyon), consiste à appuyer les lambeaux sur un cadre de platine servant de patron. Les résultats sont très bons.

Anévrysme de la troisième portion de la sous-clavière. — Guérison par la ligature simultanée de la sous-clavière au-dessus de la clavicule et de la carotide primitive.

M. Monod présente un homme de cinquante-et-un ans qu'il a guéri d'un anévrysme siégeant sur la troisième portion de la sous-clavière, par ligature simultanée de la sous-clavière immédiatement au-dessus de la clavicule et de la carotide primitive, d'après la méthode de Brasdor.

Ce fait parait unique. Il existe bien dans la science quelques observations d'anévrysme sous-clavier traité par une ligature faite au delà de la tumeur; mais le fil, chez ces malades, a été placé au-dessous de la clavicule, sur l'artère axillaire. Dans ces cas, la plupart des opérés sont morts.

L'orateur attribue le succès qu'il a obtenu à deux causes : d'abord à ce que, par la ligature concomitante de la carotide, il a mieux assuré le ralentissement du cours du sang dans la poche anévrysmale; ensuite, à ce que, en empêchant, grâce aux précautions antiseptiques prises, la suppuration profonde de la plaie et en serrant modérément le fil constricteur, il a évité la section de l'artère par le fil, mettant ainsi son malade à l'abri des hémorrhagies secondaires, cause habituelle de la mort des opérés.

Cette observation, outre son intérêt spécial relatif au traitement de l'anévrysme sous-clavier, établit donc à nouveau la sécurité que donne, pour la cure des anévrysmes en général, la ligature aseptique des artères.

Inflammations mercurielles des muqueuses.

M. MAUREL (de Toulouse) a pu, sur le lapin, démontrer que les solutions mercurielles empêchent la fonction phagocytaire des leucocytes et permettent à des microbes peu ou pas pathogènes d'amener des inflammations. Il établit, d'après cela, la pathogénie des inflammations dans l'intoxication hydrargyrique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juillet. — Présidence de M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Traitement de la lithiase biliaire (*Suite*).

M. TUFFIER. — Désirant apporter ma part dans la question de la lithiase biliaire et des interventions qu'elle comporte, je vais vous relater deux observations intéressantes à plus d'un titre. Je suis intervenu douze fois chez des lithiasiques, mais je laisse de côté les autres cas.

Première observation. — Il s'agit d'une femme de 22 ans qui me fut adressée en mai dernier. Dans ses antécédents, je ne vois à relever que quelques accès de fièvre malarienne vers 12 ans et des crises douloureuses du type colique hépatique, se répétant depuis 8 ans.

Quand je l'examinai dans le service de M. Millard, suppléé par M. Gilbert, où elle se trouvait, je pus constater que la rétention biliaire était complète, son état général grave. Le foie mesurait 24 centimètres en avant, la rate était énorme.

L'abdomen ouvert, je trouvai au niveau de la tête du pancréas une tumeur arrondie que je crus être ganglionnaire, mais je ne pus l'énucler. Je fis une cholécystentérostomie.

Les ponctions antérieures faites dans le foie avaient démontré à M. Gilbert qu'il n'était pas infecté. La bile retirée pendant l'opération était également aseptique. La malade semblait guérie, quand, le 22e jour, elle fut emportée au milieu d'accidents d'ictère grave.

L'autopsie nous révéla un cancer massif du foie se prolongeant dans le cholédoque et une adénopathie cancéreuse du côté de l'ampoule de Vater.

Deuxième observation. — Il s'agit cette fois d'une lithiasique, dont le foie fut reconnu infecté avant et pendant l'opération. Comme la précédente elle avait présenté des fièvres intermittentes et des accès de colique hépatique, son ictère datait de 7 ans, mais quelquefois ses matières se sont partiellement colorées.

Je trouvai le calcul, mais il me fut impossible de l'extraire et la vésicule biliaire était si rétractée que je ne pus l'aboucher dans l'intestin. Je dus donc faire la cholécystostomie. La bile ne coula que fort peu par la fistule. Très améliorée, mais encore ictérique, elle sortit un mois plus tard, mais elle rentrait à l'hôpital peu après pour succomber en état d'ictère grave.

La mort ici me semble attribuable autant à l'insuffisance hépatique qu'à l'infection, et la preuve nous est fournie par l'acholie, la malade n'excrétant de bile ni par sa fistule ni dans l'intestin.

Les indications des opérations doivent, à mon sens, résulter de plusieurs facteurs qui sont surtout : l'infection, l'insuffisance hépatique et la rétention plus ou moins complète de la bile.

M. MONOD. — Je viens, de mon côté, vous faire la relation de deux opérations que j'ai pratiquées dans le dernier semestre.

Première observation. — En décembre 1893, je reçus une femme de 33 ans, présentant une énorme tumeur hépatique sans ictère, mais se plaignant de coliques hépatiques. Sa famille avait présenté plusieurs cas de cancer.

La palpation me montra une tumeur énorme, qui, à l'opération, se trouva être la vésicule extraordinairement distendue ; il s'en échappa 80 grammes d'un liquide transparent et je pus extraire deux calculs. Un troisième, encastré dans le canal cystique, ne put être enlevé.

Je fis la cholécystostomie : il lui restait, à son départ, une fistule n'ayant jamais laissé couler de bile.

Deuxième observation. — Une femme de 41 ans, ayant eu un seul accès de colique, mais des douleurs sourdes fréquentes, sans ictère, fut examinée par un médecin, qui trouva un rein flottant hydronéphrotique. Mais il ne reconnut pas que plus près de la ligne médiane on sentait une tumeur dure. Celle-ci fut prise pour un amas stercoral dans le colon.

Je crus devoir intervenir et je trouvai une vésicule très volumineuse de laquelle je pus en trois séances espacées de huit jours extraire 254 calculs.

La fistule non encore oblitérée laisse couler la presque totalité de la bile.

M. MICHAUX. — Je suis heureux de constater que dans mes préférences pour la cholécystostomie je suis en compagnie de plusieurs de nos collègues, MM. Routier, Nélaton et même M. Terrier, qui reconnaît que cette opération donne souvent des résultats supérieurs à ce qu'on en espérait.

La malade dont je vous avais parlé est morte et l'autopsie a révélé qu'on avait affaire à un cancer du pancréas. Mon opération avait fort bien réussi et la vésicule était abouchée à 30 centimètres du duodénum. On n'a pas relevé la moindre trace d'infection.

L'infection n'est pas tout, et là-dessus je suis de l'avis de M. Tuffier. Mais ce qui importe surtout, c'est d'opérer de bonne heure.

Appendicite suppurée à rechutes. — Ouverture à la région médiane sous-ombilicale.

M. SCHWARTZ. — La question de l'appendicite a été discutée si souvent ici que je n'abuserais pas de votre patience, si l'observation que je vais vous présenter n'était pas très particulière.

Dernièrement vint me trouver un jeune homme, élève à l'Ecole des Hautes-Etudes, pour me demander une intervention préventive destinée à empêcher le retour d'accidents très fâcheux dont il me conta l'histoire. Il y a neuf ans, il fut pris brusquement de symptômes abdominaux douloureux avec météorisme, fièvre, au sujet desquels on porta le diagnostic de péritonite. Un mois après, il s'était formé une collection sous-ombilicale médiane qui pointa lentement et s'ouvrit en laissant échapper une grande quantité de pus, dans lequel on constata une « masse noirâtre ». Après un an de fistulisation, l'abcès guérit.

Cinq ans plus tard, tous les mêmes phénomènes se reproduisirent, un nouvel abcès s'ouvrit au même point et, cette fois, la fistule se ferma après cinq mois.

En novembre 1893, huit ans après le début, nouvelle rechute, nouvel abcès : les symptômes furent beaucoup plus prononcés, mais l'abcès se ferma en 15 jours.

Effrayé de ces rechutes et voulant éviter, si possible, le retour de ces accidents, il vint me trouver.

Au niveau de la cicatrice médiane, la paroi est parfaitement souple et les régions profondes semblent normales. La fosse iliaque droite est libre, cependant on suit une sorte de bride indistincte, mal définie. L'existence de la bride, l'histoire du malade, la notion de l'expulsion d'une masse noirâtre, me firent porter le diagnostic d'appendicite.

Je décidai de faire une laparotomie pour le moins exploratrice. Je trouvai l'appendice adhérent et comme encastré dans la cicatrice par son extrémité dépourvue de ses tuniques externes.

J'eus beaucoup de peine à le libérer. Je l'extirpai, il était long de 7 centimètres et ne contenait aucun corps étranger.

Cette observation est remarquable pour deux raisons : l'existence d'une appendicite suppurée à rechutes, fait très rare, et l'ouverture des collections sur la ligne médiane sous-ombilicale.

Mes recherches bibliographiques et mon enquête personnelle m'ont démontré que même les abcès dits ombilicaux dans l'appendicite sont encore un peu latéraux.

Comment expliquer ce cas? La première appendicite était due probablement à un calcul stercoral, l'appendice s'est fixé à la paroi et définitivement, de sorte que les abcès se sont évacués là. Mais,

j'ignore la raison des rechutes dans lesquelles il ne semble pas y avoir eu de perforation.

M. Tuffier. — J'ai eu l'occasion d'opérer un phlegmon de la cavité de Retzius consécutif à une appendicite.

M. Monod. — Deux fois j'ai trouvé l'abcès péri-appendiculaire dans la fosse iliaque gauche.

M. Berger présente un malade qui a guéri par les lavages d'eau stérilisée et le drainage d'une péritonite généralisée d'origine cœcale.

M. Poirier présente un malade chez lequel il a ouvert, curetté, tamponné et guéri plusieurs cavernes pulmonaires en rapport avec des abcès pariétaux.

M. Pozzi présente une malade chez laquelle il a ouvert le duodénum pour extirper un calcul logé dans l'ampoule de Vater.

R. Marmasse.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Concours pour les prix à décerner en 1894 à MM. les élèves internes de quatrième année en fonctions dans les hôpitaux et hospices.

Concours de médecine. — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 10 décembre 1894, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé, au secrétariat général, avant le 15 octobre, dernier délai.

Nota. — A l'ouverture du concours, le 10 décembre, à quatre heures, M. le président du jury tirera immédiatement au sort les noms des candidats qui seront appelés à subir l'épreuve théorique orale dans cette séance.

Les concours d'agrégation.

Le nombre des places d'agrégés près les Facultés de Médecine, mises au concours, est porté de 50 à 51. La nouvelle place sera comprise dans la section de physiologie et réservée à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Congrès français de Médecine interne.

Première session, Lyon 1894.

La chirurgie et la plupart des spécialités médicales et chirurgicales possèdent maintenant en France des Congrès périodiques, seule la médecine interne en est encore dépourvue.

Un certain nombre de professeurs ou agrégés de la Faculté de médecine et de médecins des hôpitaux de Lyon ont pensé qu'ils pourraient prendre l'initiative de combler cette lacune à l'occasion de l'Exposition internationale qui se tient cette année dans notre ville. Après s'être assuré l'appui d'un grand nombre de leurs confrères lyonnais, l'assentiment et l'adhésion de quelques-uns de leurs collègues de toutes les autres Facultés et de quelques écoles de médecine, ils ont nommé un Comité d'organisation chargé de convoquer à Lyon, pour le 25 octobre prochain, la première session de ce Congrès. Cette date a été choisie pour rapprocher cette réunion de celle du Congrès de l'Enseignement supérieur qui s'ouvrira à Lyon, le 29 du même mois.

Le Comité d'organisation se bornera à préparer et à assurer la réunion de la première session, laissant au Congrès lui-même le soin d'adopter ses statuts définitifs et de trancher notoirement toutes les questions que soulèvent sa périodicité et le siège de ses réunions ultérieures. La seule langue du Congrès sera le français, mais notre intention est, à l'exemple du Congrès de chirurgie, d'ouvrir le Congrès à tous les médecins de langue française, et, de plus, aux médecins de toutes les nationalités désireux de faire une communication en français.

Un nouvel avis fera connaître les détails de l'organisation du Congrès; la cotisation en est fixée à 20 francs. Les adhésions au Congrès, les inscriptions de communications à faire sont reçues dès à présent par tous les membres du Comité. On est prié d'adresser de préférence les cotisations au trésorier et les titres des communications au secrétaire général.

Association de la Presse médicale.

Assemblée du 6 juillet 1894.

Le troisième dîner statutaire pour l'année 1894 a eu lieu le 6 juillet 1894, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. Cornil. 19 membres assistaient à cette séance.

M. Meyer a annoncé le décès de M. Gillet de Grandmont, ancien membre de l'Association. MM. Delefosse, H. Fournier et Chevallereau ont fait leur rapport sur les candidatures de M. le docteur Lutaud, rédacteur en chef du *Journal de médecine de Paris*; M. le docteur Meugy, rédacteur en chef du *Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux de France*; M. le docteur Gourrichon, rédacteur du *Bulletin officiel du Syndicat des médecins de la Seine*. MM. Lutaud, Meugy et Gourrichon ont été nommés membres de l'Association.

Il a été décidé, d'après un projet ancien, que l'Association de la Presse médicale s'adjoindrait, à titre de *correspondants étrangers*, les directeurs de *journaux étrangers publiés en langue française*.

M. Doléris a signalé à l'Association certains faits qui se sont passés récemment à la station thermale de Cauterets. On a refusé d'une façon catégorique des cartes gratuites à plusieurs médecins qui s'y étaient rendus pour suivre le traitement.

MM. Laborde et Baudouin, président et rapporteur de la sous-commission, nommée à la dernière réunion dans le but d'élaborer un projet de *Comité international de la Presse*, ont communiqué les statuts et règlements qu'ils ont rédigés au nom de cette sous-commission. Après quelques modifications de détails apportés à la rédaction primitive, ces statuts et règlements ont été adoptés à l'unanimité.

Comité international de la presse médicale

Dans une assemblée spéciale des journalistes médicaux étrangers présents au Congrès international de Médecine de Rome, réunie le 4 avril 1894 sous l'initiative de MM. les Drs Posner (de Berlin) et Marcel Baudouin (de Paris), a été nommé un *Comité provisoire international*, chargé d'étudier les voies et moyens d'assurer le service de la presse dans les prochains Congrès internationaux.

M. le Dr Laborde (de Paris), membre de l'Académie de Médecine, a été acclamé président de ce comité provisoire, et les membres français dudit comité ont reçu alors la mission, en raison de l'existence en France d'une Association de la Presse médicale, de rédiger un projet de statuts pour le *Comité international de la Presse médicale*.

MM. Laborde et Baudouin ont fait part de ces décisions à la réunion du 14 mai 1894 de l'Association de la Presse médicale, et une sous-commission, composée des membres français du comité provisoire international et de MM. Janicot, Meyer, Bilhaut et Cézilly, a été élue dans le but d'étudier cette question.

Le président et le rapporteur de la sons-commission ont communiqué, dans la séance du 6 juillet 1894 de l'Association de la Presse médicale, les statnts et règlement, élaborés après une discussion très approfondie, et, dans la même séance, après quelques modifications de détails apportés à la rédaction primitive, les *statuts et règlements* suivants ont été adoptés à l'unanimité.

I. — Statuts

Article premier. — Il est institué un *Comité international de la Presse médicale*, dans le but d'assurer la fonction et le service de la presse dans les divers congrès internationaux de médecine.

Art. 2. — Ce Comité est formé de *deux* représentants de la presse médicale de chaque *pays*.

Art. 3. — Les membres du Comité provisoire international, constitué régulièrement à Rome le 4 avril 1894, font de droit partie du Comité définitif.

Ces membres sont :

1° *Allemagne* : M. le Dr J. Schwalbe, rédacteur en chef de la *Deutsche Med. Wochenschrift* (Berlin); M. le Dr Posner, rédacteur en chef de la *Berliner Klin. Woch.* (Berlin).

2° *Angleterre* : M. le Dr Brown, correspondant de la *Lancet* (Londres).

3° *Etats-Unis d'Amérique* : M. le Dr Sajous (de Philadelphie). rédacteur en chef de l'*Annual of Science*.

4° *France* : M. le Dr Laborde, rédacteur en chef de la *Tribune médicale* (Paris); M. le Dr Marcel Baudouin, secrétaire général de l'*Association de la Presse médicale française* (Paris).

5° *Italie* : M. le Dr Lucatello, rédacteur en chef de la *Gazetta degli Ospidali* (Gênes); M. le Dr Rubino, rédacteur en chef de l'*Ufficiale sanitario* (Naples).

Art. 4. — Le Comité provisoire élit les représentants des autres pays, de façon à constituer définitivement le *Comité international de la Presse médicale*.

Il s'adressera, pour chaque nation, aux journalistes médicaux les plus autorisés.

Art. 5. — A chaque vacance, par démission ou par décès, le Comité, à sa réunion prochaine, pourvoit au remplacement du membre démissionnaire ou décédé.

Art. 6. — Le Comité international de la Presse médicale se constitue et se réunit, à l'occasion de chaque congrès, dans la ville où siège ce congrès.

Art. 7. — En cas d'absence motivée à une réunion de l'un ou des deux membres du Comité d'un pays, le ou les représentants absents de ce pays délèguent, en leurs lieu et place, un ou deux de leurs nationaux, autorisés comme directeurs de journaux et munis d'une délégation.

Art. 8. — Il y a trois langues officielles pour les séances du Comité : l'Allemand, l'Anglais et le Français.

Art. 9. — Au début de chaque congrès, à la première réunion du Comité, il sera procédé à l'élection d'un Bureau nommé pour toute la durée du congrès et pour l'intervalle de deux congrès successifs.

Art. 10. — Le Bureau comprend :
Un président;
Un vice-président;
Trois secrétaires généraux titulaires;
Trois secrétaires généraux adjoints.

Les secrétaires généraux titulaires sont nommés de telle sorte qu'ils représentent chacun une des trois langues officielles admises pour les séances du Comité.

De même pour les secrétaires généraux adjoints.

Art. 11. — Les secrétaires généraux titulaires sont rééligibles. Le Bureau, après son élection, désigne l'un d'eux pour remplir les fonctions de trésorier, lequel est également rééligible.

Art. 12. — Les secrétaires généraux titulaires, sous la haute direction du Bureau, ont pour mission d'organiser, conformément aux règlements, le service de la presse au Congrès.

Art. 13. — Les représentants de la presse médicale, assistant ou non au congrès, qui refuseront d'adhérer à ces règlements, ne participeront pas aux avantages qui pourront résulter de cette organisation.

Art. 14. — Le projet d'organisation qui précède ne pourra avoir de suite qu'à la condition de réunir au moins *cent adhésions complètes* auxdits règlements.

II. — RÈGLEMENTS

Rapports avec le Comité exécutif du congrès.

Article premier, § 1. — Le Comité a pour premier devoir de se mettre en relation avec les organisateurs officiels du congrès et de tâcher d'obtenir, d'après les règlements de tous les congrès, et pour le meilleur accomplissement de son service, que toutes les communications faites en séance *soient précédées de la remise*, sur le Bureau et à la presse, *d'un exemplaire au moins* du résumé de ladite communication, fait par l'auteur lui-même.

§ 2. — En raison des services rendus au congrès par le Comité international de la Presse, ce dernier devra également s'entendre avec le Comité exécutif du congrès, relativement à la subvention qui pourra lui être accordée sur les cotisations versées.

Assemblées du Comité et des adhérents.

Art. 2, § 1. — Le Comité international de la Presse médicale a, avec l'agrément du Comité exécutif, son siège dans les locaux du congrès; plusieurs salles seront demandées à cet effet.

§ 2. — Un avis envoyé aux journaux, par les soins des secrétaires généraux, annonce à l'avance, pour chaque congrès, le jour, le lieu et l'heure de :

1° La première réunion des membres du Comité international au cours de laquelle le Bureau est constitué;

2° L'assemblée générale de tous les journalistes présents au congrès, pour recueillir leur adhésion aux règlements, adhésions dont la liste sera dressée par les soins des secrétaires généraux adjoints.

On peut adhérer par correspondance, sans assister au Congrès.

Des adhérents.

Art. 3, § 1. — Il y a deux sortes d'adhérents : 1° Les adhérents désirant obtenir la *totalité des résumés des communications* faites à toutes les sections du Congrès (*adhésions complètes* ou *à cotisation intégrale*); 2° Les adhérents qui ne s'inscrivent que pour *une* ou *plusieurs sections* du Congrès (*adhésions partielles* ou *spéciales*).

§ 2. — Tout *adhérent à cotisation intégrale* verse immédiatement et d'avance, entre les mains du secrétaire général de même langue que lui, contre reçu en forme, la somme de *160 marks, 200 fr.* ou *8 livres sterling*.

§ 3. — Toute *adhésion partielle* n'est admise qu'après versement, dans les mêmes conditions, de la somme de *40 marks, 50 fr.* ou *2 livres sterling*, pour *une* section donnée, désignée d'avance.

On peut s'inscrire pour une ou deux ou trois sections, en versant une ou deux ou trois fois ladite somme.

§ 4. — Les sommes versées servent à solder les frais de l'organisation du service de la presse, selon les exigences de ce service.

Service du Bureau central de la Presse.

Art. 4, § 1. — Chaque adhérent ayant versé à l'avance la cotisation exigée trouve chaque jour au Bureau central de la Presse, ou reçoit par la poste à domicile, un *exemplaire imprimé* par les soins du Bureau des résumés des communications et des discussions auxquels il a droit.

§ 2. — Chaque résumé est communiqué dans la langue même de l'orateur (1).

Service des séances des sections.

Art. 5, § 1. — Pour assurer l'arrivée régulière au Bureau de la Presse des documents, c'est-à-dire des résumés des communications et des discussions de chacune des *séances des sections*, le service de la presse est organisé, dans chacune d'elles, d'une façon identique et ainsi qu'il suit.

§ 2. — Chaque section a trois *secrétaires-rédacteurs*, un pour chaque langue officielle du comité, c'est-à-dire un allemand, un anglais, un français.

§ 3. — Pour chacune des trois langues officielles, les *secrétaires-rédacteurs* sont choisis par leurs secrétaires généraux titulaires respectifs, de façon à répondre du service.

Dans ce but, les secrétaires-rédacteurs seront pris autant que possible parmi des spécialistes et surtout parmi des journalistes médicaux de profession, comprenant plusieurs langues.

§ 4. — Chaque secrétaire-rédacteur doit assister à toutes les séances de la section à laquelle il est attaché. Il doit apporter tous les soirs, avant 7 heures, au Bureau central de la Presse, un résumé de toutes les communications et discussions qui ont eu lieu, dans sa langue, à sa section.

Il s'efforcera, bien entendu, selon l'article premier, d'obtenir ces résumés des orateurs eux-mêmes, parlant la même langue que lui. Mais, si l'auteur ne les lui donne pas *à l'avance*, le secrétaire rédacteur doit faire le résumé pendant que l'orateur parle.

§ 5. — Chaque secrétaire-rédacteur recevra pour rémunération une somme de *20 marks, 25 francs* ou *1 livre sterling* par journée de présence à la section, sous le contrôle du secrétaire général de même langue.

Services des séances générales.

Art. 6. — Pour les séances générales, le bureau du Comité déléguera auprès de chaque orateur inscrit le secrétaire général titulaire parlant la même langue que lui, afin d'obtenir à l'avance un résumé de sa communication. Dans le cas où il lui serait refusé,

(1) Le Bureau s'efforcera de mettre, dans un local approprié, à la disposition des adhérents un certain nombre de *traducteurs*, qui devront être payés directement par les adhérents suivant un tarif établi à l'avance.

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 31 — 4 Août 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hopital de la Pitié. — M. le Dr Lejars, agrégé, chargé de cours.

Les premières étapes du prolapsus génital.

Leçon recueillie par M. Pasteau, interne du service.

S'il est une question débattue de thérapeutique chirurgicale, n'est-ce pas celle des prolapsus génitaux et des interventions applicables à leurs types différents, à leurs degrés successifs ?

En novembre dernier, je vous disais que, devant un prolapsus total, invétéré, irréductible, alors que l'utérus et les annexes ont perdu, en quelque sorte, droit de domicile dans le bassin, le seul traitement rationnel semblait être l'hystérectomie. Depuis lors, cette opération a fait quelque bruit : de pratique fréquente à l'étranger, défendue, chez nous, avec conviction par quelques-uns, elle a été accueillie avec réserve par la plupart des chirurgiens, et cela tient surtout à la fréquence du prolapsus vaginal récidivé, ce qui veut dire que, dans ces prolapsus complets, l'utérus n'est pas seul en cause, mais aussi le vagin, et les parois correspondantes du rectum et de la vessie.

Cela est plus vrai encore dans les premières étapes de la procidence ; et je ne veux m'occuper aujourd'hui que de ces termes primitifs, dont les deux principaux sont les suivants : 1° l'utérus restant à sa hauteur normale au-dessus de la vulve, la paroi vésico-vaginale ou recto-vaginale proémine seule au-dehors ; 2° le col utérin s'hypertrophie et s'allonge, et la cystocèle ou la rectocèle, qui suit de près cette lésion première, constitue avec elle le type morbide depuis longtemps décrit par Huguier.

Il faut reconnaître que le premier type est d'observation assez rare ; je vous parlerai pourtant, tout à l'heure, d'une malade que nous avons vue ensemble dans le service, et que j'ai opérée, il y a plusieurs mois, d'une rectocèle simple ; et, de temps en temps, nous rencontrons des prolapsus au début de la paroi antérieure ou postérieure du vagin, sans qu'il y ait d'abaissement ni d'allongement de l'utérus. La mensuration à l'hystéromètre est, du reste, nécessaire ; vous savez, en effet, que l'augmentation de longueur de l'organe porte souvent sur la portion sus-vaginale du col, alors que le museau de tanche conserve une apparence normale.

Les deux malades, que je vous présente et que je vais opérer devant vous, reproduisent le type le plus ordinaire. Leur histoire, à toutes deux, est, du reste, fort semblable : c'est à la suite de l'accouchement que le prolapsus vaginal s'est montré, s'accentuant peu à peu, et dessinant à la vulve un relief de plus en plus proéminent. Chez l'une d'elles, l'hystéromètre donne 11 centimètres de cavité utérine, et le col, très saillant et très allongé, mesure bien, à lui seul, 6 centimètres ; chez l'autre, l'allongement cervical est moindre. Chez la première, la paroi vésico-vaginale prolabe seule et forme une grosse tumeur rouge à la partie antérieure de la vulve, entre les lèvres ; chez la seconde, il n'y a pas de cystocèle, et c'est la paroi recto-vaginale qui, seule, est tombée. Quel est le rôle exact de cet allongement cervical, qui était, dans la pensée de Huguier, l'élément primordial du processus ? Je ne veux pas le rechercher avec détails ; je vous dirai seulement que si, chez nos malades, l'utérus est trop long, il n'est pourtant pas gros, il ne descend pas, il ne presse qu'à peine, au moment des efforts, l'extrémité de l'index introduit dans le vagin ; j'ajouterai que, dans d'autres faits, de teneur toute semblable, cette hypertrophie cervicale manque, et qu'il n'y a aucun rapport entre l'allongement utérin et le volume de la cystocèle ou de la rectocèle, qui l'accompagne et peut-être le précède souvent. Dans tous les cas, il n'est pas douteux qu'il ne faille réserver une bonne part au vagin dans la pathogénie de ces prolapsus partiels et initiaux. D'autres faits nous permettront de mettre en lumière ce rôle propre de la paroi vaginale.

Voici un gros utérus, prolabé, hernié tout entier hors de la vulve : on pratique l'hystéropexie, la suture tient, l'organe reste bien fixé à la paroi abdominale antérieure, et, malgré cela, quelques mois plus tard, la cystocèle ou la rectocèle se reproduisent. Les exemples ne sont pas difficiles à trouver ; je ne veux vous en citer qu'un, pour rapporter en même temps l'explication curieuse que donne

l'auteur : après une hystéropexie datant de six mois, l'utérus était demeuré parfaitement adhérent à la paroi abdominale, mais un prolapsus vaginal antérieur était reparu, une grosse cystocèle, qui, au moindre effort, se dessinait à la vulve. Et voilà maintenant l'hypothèse : cela tenait, dit l'auteur, M. Rüter (de Hambourg) (1), à une malformation du bassin, à un défaut d'obliquité de son axe ; plus le détroit supérieur se rapproche du plan horizontal, et plus la pression se transmet en ligne directe aux viscères pelviens, et les refoule sur le plancher périnéal, d'où la tendance au prolapsus génital, et les récidives sans fin. Je vous donne l'idée pour ce qu'elle vaut, et je ne retiens que ce fait d'une cystocèle secondaire à une hystéropexie bien faite et définitive.

Autre chose : Faites l'hystérectomie vaginale, enlevez l'utérus prolabé, et souvent, très souvent, vous aurez à constater plus tard un prolapsus vaginal secondaire. Je vous en montrais un cas, il y a quelques mois, et, bien que la malade fût à peine gênée par la procidence de la paroi vésico-vaginale, nous avons eu recours, pour compléter la cure, à une colporrhaphie secondaire. Les hystérectomies pour prolapsus sont loin d'être rares, et, parmi les nombreux faits qui ont été produits ou rassemblés au cours de la discussion de l'hiver dernier, à la Société de Chirurgie, vous en trouverez bien peu dans lesquels ne soit signalé un léger degré de prolapsus vaginal secondaire. On résèque largement les parois antérieure et postérieure du vagin, suivant la pratique de Fritsch ; on crée, au fond du vagin, un nodus cicatriciel, élevé, bien adhérent, bien suspendu, semble-t-il, et, malgré cela, près de l'orifice vulvaire, les parois s'affaissent et l'accident survient, quel que soit le procédé qu'on ait mis en pratique, qu'on ait pincé où lié les ligaments larges : le vagin se déprime et prolabe de nouveau, bien qu'il n'y ait plus d'utérus derrière lui.

Pourquoi ? Quand l'utérus, un gros utérus, allongé et hypertrophié, est procident, on conçoit bien que le vagin se retourne et le suive comme une sorte de satellite ; mais, s'il n'y a plus d'utérus ou s'il est immobilisé, à quel mécanisme rapporter la chute isolée du vagin ?

Voyez ce qui se passe dans le prolapsus du rectum, et vous relèverez tout de suite une série de contrastes. Au rectum, le bourrelet procident est circonférentiel ; circulaire : le renversement, l'inversion circulaire du vagin est une rareté, qu'on ne voit pas en clinique courante ; c'est toujours la paroi antérieure ou la postérieure, ou toutes les deux qui sont prolabées : cystocèle ou rectocèle. Les parois latérales ne présentent jamais de ces chutes isolées, et quand, à leur tour, elles s'affaissent, ce n'est jamais qu'à la suite des deux autres, et aux phases ultimes. Pourquoi ? Vous le savez bien : c'est qu'il y a la vessie en avant et le rectum en arrière, et que la pression vient de là.

Autre différence : dans le prolapsus rectal ordinaire, la paroi du rectum glisse tout entière sur la paroi du vagin, sans l'entraîner avec elle. Il en est tout autrement dans la cystocèle ou la rectocèle : faites le toucher rectal et votre doigt pénètre dans l'ampoule recto-vaginale, s'en coiffe et la fait saillir ; introduisez une sonde dans la vessie, et reportez-en le pavillon fortement en haut, et vous la voyez s'engager dans la cystocèle, la tendre et la soulever. En un mot, c'est la cloison tout entière, recto-vaginale ou vésico-vaginale, qui fait hernie hors de la vulve, et la paroi antérieure du rectum, la paroi postérieure de la vessie prennent une part aussi grande au prolapsus que les parois correspondantes du vagin.

Vous me permettrez de tirer de ces réflexions, qui résument simplement l'observation journalière des faits, les deux conclusions que voici : 1° dans le prolapsus génital, l'utérus et le vagin ont chacun leur rôle et présentent une indépendance relative, presque complète dans les formes initiales ; 2° dans le prolapsus vaginal, la vessie et le rectum prolabent autant que le vagin. Ces constatations, banales en apparence, ne sont pas sans intérêt pour le traitement.

De fait, dans le prolapsus génital à ses premières étapes, la formule générale de l'intervention est, en somme, fort simple : si le col est trop gros ou trop long, l'amputer ; sur le vagin, faire une colporrhaphie antérieure, pour la cystocèle ; une colporrhaphie postérieure, suivie d'une périnéorrhaphie, pour la rectocèle ; une double colporrhaphie, si les deux parois vésicale et rectale prolabent à la fois. Exciser sur une étendue plus ou moins grande la muqueuse vaginale, créer ainsi une surface cruentée dont les bords seront rapprochés et suturés : tel est le procédé commun par lequel on cherche à rétrécir ces parois trop larges. Cet avivement, cette surface cruentée, on leur donne des formes diverses. Le procédé d'Hégar est d'usage courant : sur la cystocèle, on trace un long et large losange, dont l'extrémité antérieure n'empiète pas sur l'urèthre et qui remonte, en arrière, aussi haut que possible ; dans l'aire de ce losange, on excise soigneusement la muqueuse, et, les fils étant passés d'un côté à l'autre, la réunion crée une cicatrice sur la ligne médiane antérieure ; pour la rectocèle, l'avivement revêt la forme d'un triangle dont la base empiète largement sur le périnée. D'autres chirurgiens préfèrent un avivement double et l'excision de deux triangles ou de deux losanges symétriques de muqueuse : c'est la pratique de Freund (de Strasbourg), de Martin (de Berlin), pour la colporrhaphie postérieure ; de Fehling (1), pour la colporrhaphie antérieure : ici, l'avivement double aurait pour but de ménager la columna rugarum, qui, à vrai dire, distendue, tiraillée, amincie, n'existe plus guère dans la cystocèle ancienne ; mais Freund aurait vu des accidents de vaginisme succéder à des colporrhaphies antérieures, pratiquées suivant la méthode commune et qui transforment la colonne antérieure du vagin en une colonne cicatricielle.

Vous dirai-je les formes compliquées que d'autres chirurgiens ont voulu donner à la surface cruentée ? Non, toute cette géométrie est ici d'importance médiocre. Ce qu'il faut faire, c'est un avivement large, très large, et je dirais presque qu'il *doit paraître excessif, pour être suffisant*. Or, quelle que soit la largeur de muqueuse excisée, vous ne sauriez agir, dans la technique ordinaire, que sur la paroi vaginale seule. La vessie ou la paroi antérieure du rectum restent distendues et trop larges, et la récidive vient de là.

Voyez, en effet, ce qui se passe dans les récidives, et

(1) Ruter : Zur Œtiologie des Prolapses von Uterus und Vagina, *Centralblatt für Gynækologie*, 1892, p. 726.

(1) Fehling. — C. R. de la section gynécologique de la 62e réunion des méd. et nat. allemands, Heidelberg 1889, et *Arch. f. Gynækologie*, Bd. 38, 45 t. 3.

l'on ne saurait dire que l'observation en soit rare. Elles se présentent sous les deux formes que voici : (je prends la cystocèle pour exemple), dans certains cas, vous trouvez, sur le milieu du prolapsus vaginal récidivé, une belle ligne cicatricielle, un peu frangée sur ses bords, mais bien régulière, ce qui n'empêche pas qu'autour et au-dessus d'elle la paroi bombe et s'affaisse en masse ; ailleurs, la cicatrice est large, inégale, baveuse, amincie : on sent qu'elle a dû céder et se distendre peu à peu. Cette différence d'aspect s'explique aisément : la première forme de récidive succède à une colporrhaphie parcimonieuse, les deux lèvres de la muqueuse avivée, nullement tiraillées, se sont réunies sans peine en créant une cicatrice solide, et la distension nouvelle se fait aux dépens de la muqueuse voisine ; dans l'autre forme, l'avivement a été très large, la paroi vaginale rétrécie au maximum, mais, sous la poussée qui vient d'en haut, la cicatrice n'a pu résister, elle s'est éraillée, étalée, pour s'accommoder au trop de largeur de l'autre paroi, vésicale ou rectale, qui fait corps avec elle, et qui a conservé ses dimensions excessives. A l'examen de ces cystocèles ou de ces rectocèles récidivées, la pathogénie de la récidive paraît évidente, et l'on se rend aisément compte que c'est de la vessie ou du rectum que procède la distension nouvelle. Il y a, si je puis dire, dans ces prolapsus, autant et plus de rectum et de vessie que de vagin ; de deux parois intimement accollées, si vous rétrécissez l'une, l'autre tendra fatalement à ramener sa congénère à ses dimensions initiales, et cela surtout, si elle fait partie d'un réservoir musculaire et de contenance essentiellement variable.

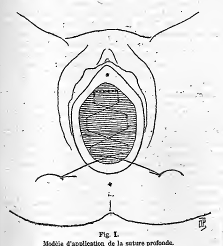


Fig. I.
Modèle d'application de la suture profonde.

Mais vous allez me dire : Il est impossible pourtant d'exciser un lambeau de paroi vésicale ou rectale. C'est vrai. Et encore : par une colporrhaphie bien faite, nous agissons sur la vessie et sur le rectum, comme sur le vagin ; aiguille, qui réunit les deux lèvres de l'avivement, charge un peu de paroi vésicale ou rectale, et, ainsi faufilés, les points de soie ou de catgut, tout en rapprochant la muqueuse vaginale, pelotonnent et plissent l'autre paroi. Il suffit, Messieurs, de réfléchir, ou, mieux encore, de répéter l'opération sur le cadavre, pour apprécier exactement ce qui se produit. La muqueuse vésicale dessine une série de mamelons, de crêtes irrégulières, séparés par autant de culs-de-sac, de dépressions, d'alvéoles, amorces toutes prêtes pour la distension ultérieure, et l'urine qui remplit ces logettes (nous sommes au niveau du bas-fond), sous l'action de la pression vésicale, les élargit et les efface, en tiraillant la paroi adjacente. Si le même fil, qui rapproche les lèvres de la muqueuse cruentée, traverse en se faufilant la paroi profonde, la striction ne saurait se faire suffisante, sans couper les lamelles de tissu ainsi chargées et l'on n'obtient pas de réel adossement.

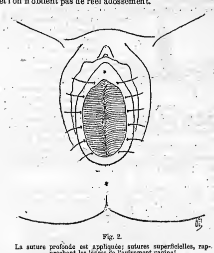


Fig. 2.
La suture profonde est appliquée; sutures superficielles, rapprochant les lèvres de l'avivement vaginal.

Il nous paraît donc indispensable d'agir isolément sur la paroi vésicale, et de la rétrécir, pour son compte, dans une aussi large mesure que possible, avant de réunir les bords de la perte de substance vaginale. Pour cela, nous la rebrousserons vers la cavité vésicale, nous la plisserons en dedans, et nous aurons soin de maintenir intimement accolées les deux lames du pli : autrement dit, nous créerons une arête verticale, médiane, sur le bas-fond de la vessie (ou sur la paroi antérieure du rectum), arête, dont les deux parois resteront inséparables, et qui ne se prêtera pas à la distension secondaire, comme les dépressions et les vacuoles d'une muqueuse simplement froncée. En pratique, voici le procédé que nous allons suivre :

Nous ferons d'abord un avivement très long et très large, en disséquant le lambeau muqueux dans toute son épaisseur ; puis un fil de catgut, solide et assez fin, un n° 2 par exemple, sera passé transversalement dans l'épaisseur de la paroi cruentée, près de son angle antérieur, il sortira, d'un côté et de l'autre, à peu de distance des bords de l'avi-

vement: chacun de ses bouts sera chargé, alors, sur une aiguille courbe, et mené verticalement, toujours dans l'épaisseur de la paroi profonde, pour s'en dégager, un centimètre ou un centimètre et demi plus bas; les deux fils seront croisés, et, de nouveau, pénètreront dans la paroi profonde, pour y décrire le même trajet vertical, symétrique, sortir encore, se croiser, et pénétrer une dernière fois. Ils seront serrés à mesure, et l'on fera bien, à chaque croisement, de les réunir par un nœud simple (le nœud du chirurgien), enfin un nœud complet arrêtera cette double série de faufils (Fig. 1). Vous vous rendrez aisément compte du mode d'action de cette suture profonde: dès que sont passées et serrées les deux premières anses verticales, symétriques, on voit se déprimer et se plier longitudinalement la paroi vésicale et la plicature se continue régulièrement sur toute la hauteur du prolapsus (Fig. 2). Un surjet, une série de points séparés, fourniraient un résultat moins régulier, et, après plusieurs essais, je me suis arrêté au mode de suture profonde que je viens de vous exposer, suture très simple d'ailleurs et qui permet seule d'adosser bien complètement les deux lames du pli (Fig. 3). Par-dessus, la muqueuse vaginale est réunie comme de coutume. J'insiste sur ce point, que les faufils verticaux doivent être très rapprochés des bords de l'avivement vaginal, et qu'ils doivent passer en plein dans la paroi profonde, en chargeant une certaine épaisseur de tissu.

Fig. 3. — Coupe schématique de la paroi vésico-vaginale ou recto-vaginale : le pli formé par la suture profonde.

J'ai pratiqué pour la première fois cette colporrhaphie à plicature profonde, il y a huit mois, chez une malade que le hasard a ramenée ces jours-ci dans nos salles, pour un fibrôme utérin. Il s'agissait d'une volumineuse rectocèle. Vous avez pu constater que la guérison s'est maintenue complète, et que la paroi recto-vaginale ne se déprime nullement dans la station debout et pendant les efforts; du reste, elle est épaisse, compacte, de consistance solide au doigt, et les dimensions du vagin restauré nous gêneraient peut-être un peu, si le volume du fibrôme se prêtait à une intervention par cette voie. J'ai eu recours plusieurs fois, devant vous, à ce même procédé, pour la cure des cystocèles: le résultat primitif a toujours été excellent et nous avons revu ensemble plusieurs de ces opérées, je vous citerai entre autres cette femme, déjà âgée, qui, suivant notre recommandation, se représentait il y a quelques jours; la guérison ne s'est pas démentie et l'intervention date déjà de six mois. Sans doute, c'est l'épreuve du temps, et une longue épreuve, qui nous permettra seule, comme dans toutes les opérations de ce genre, de nous faire une opinion définitive.

Toujours est-il que, sans attribuer à ce petit point de technique une importance hors de saison, je serai fidèle à la colporrhaphie à plicature profonde, et c'est elle que je vais répéter aujourd'hui, devant vous, sur nos deux malades. Le procédé me semble rationnel, il m'a donné déjà des résultats encourageants et seul, il permet d'agir efficacement sur les deux parois, qui, dans la cystocèle comme dans la rectocèle, prennent une part au moins égale à la distension morbide.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la coexistence du sternum avec l'épaule et le poumon (1).

Par M. Alexis Jullien, professeur libre d'anatomie.

Sans épaule ni poumon pas de sternum.

Sternum. — Le tronc des vertébrés est, en général, composé par trois groupes d'organes squelettiques: le rachis (dorsal), les côtes (latérales), le sternum (ventral). Le rachis seul est *constant*. Lorsqu'il est relié au sternum par les côtes, il y a thorax ou poitrine, c'est-à-dire une cavité plus ou moins éloignée de la tête, et logeant les organes respiratoires essentiels (poumon) et le cœur. En rapport physiologique avec la respiration pulmonaire, le thorax ne se rencontre que chez les vertébrés pulmonés. Mais il n'est *constant* que chez ceux dont la température est constante (mammifères et oiseaux), c'est-à-dire dans les deux classes où la respiration pulmonaire atteint son maximum d'activité.

Os du thorax par excellence, le sternum n'est également *constant* que chez les mammifères et les oiseaux; inconstant chez les reptiles et les batraciens, il manque toujours chez les poissons. Les pièces qui, dans certains genres (hareng) de cette classe, ont été considérées autrefois comme appartenant au sternum, n'en font réellement pas partie. On les rattache avec raison au système tégumentaire. Le sternum coexiste donc *toujours* avec le poumon, et l'on a le droit de dire: **Sans poumon pas de sternum.** Mais, si de l'existence du sternum on peut toujours conclure à celle du poumon (2), la réciproque n'est point vraie: de l'existence du poumon on ne saurait toujours conclure à celle du sternum: les serpents, par exemple, sont pulmonés, mais ils ne possèdent pas de sternum.

Composition. — Le sternum est généralement impair et médian; mais cette disposition est inconstante: dans celui de l'acontias, par exemple, on trouve deux moitiés latérales distinctes. Constitué par une seule pièce chez les oiseaux, par douze chez l'unau, le sternum offre une composition variable non seulement d'une classe à l'autre, mais cette composition varie dans la même classe, dans le même ordre et dans la même famille. Ainsi, dans les anthropoïdes, on compte trois pièces sternales chez le gibbon, quatre chez l'orang, six chez le chimpanzé.

Forme. — Les anciens ont comparé le sternum de l'homme à une épée de gladiateur. Il est composé de trois pièces (proximale ou poignée, moyenne ou lame, distale ou xiphoïde). Large chez l'homme et chez l'orang, le sternum est étroit chez le magot. Tranchante, la poignée sternale du rhinocéros dépasse beaucoup en avant la première côte, tandis que celle du bœuf s'arrête au niveau de cet os.

(1) Note présentée à l'Académie des Sciences, le 9 juillet 1894.

(2) Le développement du sternum peut précéder celui du poumon (grenouille); mais, par cela même qu'un animal possède un sternum durant l'état larvaire, on peut affirmer qu'à l'âge adulte il possédera également un poumon.

Dans les édentés, le xiphoïde manque chez l'unau, mais chez le phatagin il se prolonge jusqu'au bassin par deux filets distincts. La configuration du sternum varie même dans les oiseaux, où pourtant la conformité d'organisation est si prononcée. Le sternum de ceux qui volent présente une crête médiane (bréchet), dont les dimensions sont proportionnelles à la puissance du vol; le bréchet manque aux oiseaux coureurs (autruche), preuve manifeste de la corrélation qui existe entre l'organe et la fonction.

Texture. — Le sternum des oiseaux est, en général, entièrement osseux. Les deux filets xiphoïdiens du phatagin sont cartilagineux. Le sternum de la grenouille est formé par deux pièces, mi-osseuses, mi-cartilagineuses. Enfin, le sternum du bimane (scincoïdiens) est entièrement cartilagineux.

Développement. — Le sternum des mammifères, des oiseaux et de la plupart des reptiles est une production costale. Chez l'homme, par exemple, les huit premières côtes (1) d'un même côté se soudent, par leurs extrémités ventrales, en une bandelette longitudinale (bandelette sternale), qui, se soudant à son tour avec sa congénère opposée, constitue l'ébauche cartilagineuse du sternum. Mais telle ne peut être l'origine du sternum de la grenouille; on sait, en effet, que cet animal est entièrement dépourvu de côtes.

Le sternum de l'homme s'ossifie par 6 à 10 points: 1 pour la poignée, 1 pour le xiphoïde, 4 à 8 pour la lame. Ces derniers donnent 4 pièces osseuses, dont la soudure forme une pièce unique. De tous les os humains le sternum est sans doute celui dont l'ossification est la plus irrégulière. Tout varie dans l'ossification de cet os: le nombre des points osseux, leur disposition relative, l'époque de leur apparition et celle de leur soudure. Le sternum des oiseaux s'ossifie ordinairement par deux points latéraux. Chez les pies on en trouve 3, dont 1 médian fournissant le bréchet. Chez les gallinacés il en existe 5 (1 médian et 4 latéraux).

Connexions. — Ainsi que son développement, sa texture, sa forme et sa composition, les connexions du sternum sont extrêmement variables; mais jamais ce segment squelettique n'est indépendant, c'est-à-dire isolé comme l'hyoïde humain; il est *toujours* uni à d'autres organes squelettiques (côtes, épaule).

Le sternum des oiseaux s'articule *toujours* avec les côtes et l'épaule. Cette articulation se fait en général avec le coracoïde seul, quelquefois avec le coracoïde et la clavicule (héron), d'autres fois encore avec le coracoïde et le procoracoïde (autruche). Le sternum des mammifères s'articule *toujours* avec les côtes, et le nombre des côtes sternales varie de une (baleine) à douze (unau). Celui du cheval n'est uni qu'avec les côtes, mais celui de l'homme se joint aussi à la clavicule. Enfin, celui des monotrèmes est relié non seulement à la clavicule, mais encore au coracoïde, à l'épicoracoïde et même à l'omoplate. Le sternum des reptiles s'articule *toujours* avec l'épaule, souvent avec les côtes. Celui de l'orvet n'est uni qu'à l'épaule, seul représentant du membre thoracique; mais celui des crocodiles se joint aux côtes. Enfin le sternum des batraciens s'articule *toujours* avec l'épaule; jamais il ne s'unit aux côtes, qui sont rudimentaires ou nulles (grenouille).

(1) Ruge a montré que le xiphoïde humain dérive du 8e cartilage costal;

Le sternum, les côtes et l'épaule sont *constants* chez les mammifères et les oiseaux. Les reptiles qui ont un sternum ont *tous* des côtes et une épaule. Mais il est des batraciens qui sont dépourvus de côtes, et qui ont un sternum et une épaule. D'autre part, les serpents, qui possèdent des côtes très développées, mais qui n'ont point d'épaule, sont aussi dépourvus de sternum.

Le sternum coexiste donc *toujours* avec l'épaule, et on a le droit de dire: **Sans épaule pas de sternum.** Mais ici, comme pour le poumon, la réciproque n'est point vraie: l'axolotl, qui possède une épaule et un poumon, n'a point de sternum.

Conclusions. — Le sternum varie dans sa composition, dans sa forme, dans sa texture, dans son développement et même dans ses connexions. Rien ne semble donc fixe dans l'histoire de ce segment squelettique. Pourtant, au milieu de cette variabilité presque illimitée, il est possible de distinguer une certaine *constance*:

Le sternum coexiste *toujours* avec l'épaule et le poumon: **Sans épaule ni poumon pas de sternum.** En d'autres termes, tous les vertébrés qui possèdent un sternum possèdent aussi une épaule et un poumon; mais la réciproque n'est point vraie.

A cette remarque générale, vraie pour le type vertébré *tout entier*, on peut en ajouter quelques autres d'une importance secondaire:

1° Le sternum, les côtes et l'épaule ne sont *constants* que chez les mammifères et les oiseaux; 2° le sternum s'articule *toujours* avec les côtes et l'épaule dans les oiseaux, avec les côtes dans les mammifères, avec l'épaule dans les reptiles (1) et les batraciens.

CLINIQUE MÉDICALE

Toxicité du sérum maternel et fœtal dans un cas d'éclampsie puerpérale (2).

Par M. le Dr Chambrelent, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Avant-hier matin, on amenait à la Clinique une femme sans connaissance. L'examen obstétrical permettait de reconnaître chez elle une grossesse arrivée près du terme et la présence dans l'utérus d'un enfant vivant.

La personne qui l'accompagnait nous fournissait à son sujet les renseignements suivants:

C'est une primipare. Elle a encore son père et sa mère, tous deux en bonne santé.

Jusqu'à ces derniers jours, elle s'était elle-même toujours bien portée et, à part une rougeole dans sa première enfance, elle ne présente rien à noter au point de vue des antécédents pathologiques.

La grossesse ne paraissait pas avoir amené chez elle de complications morbides. Cette femme n'a jamais eu de vomissements, si communs au début de la grossesse. Jamais non plus de céphalée ni de troubles oculaires. Mais, cependant, un symptôme aurait dû appeler l'atten-

(1) Il ne s'agit ici que des connexions *constantes* du sternum; car, ainsi qu'on l'a vu plus haut, ce segment squelettique peut aussi s'articuler avec l'épaule dans les mammifères, avec les côtes dans les reptiles.

(2) Leçon faite à la Clinique obstétricale de la Faculté de Médecine de Bordeaux (service du professeur Moussous) et extraite des *Archives cliniques de Bordeaux*.

tion de son entourage, elle présentait depuis quelque temps de l'œdème des membres inférieurs.

Si un médecin ou une sage-femme instruits eussent été consultés, cet œdème aurait certainement attiré leur attention. Ils n'auraient pas manqué de faire examiner l'urine de cette femme et cet examen leur eût révélé l'existence d'une certaine quantité d'albumine, ainsi qu'on a pu le constater à l'arrivée de cette parturiente à l'hôpital.

Malheureusement, il est arrivé pour cette malade ce qui arrive la plupart du temps, non seulement dans la classe pauvre, mais aussi très souvent dans la classe aisée, une femme enceinte ne fait appeler le médecin ou la sage-femme que lorsque arrive le moment de la délivrance, c'est-à-dire quand elle ressent les premières douleurs de l'accouchement.

Malgré son œdème, malgré l'affection rénale dont elle était atteinte, cette femme a donc continué à vaquer à ses occupations, lorsque tout à coup, dans la journée du dimanche, elle a été prise de convulsions suivies de perte absolue de connaissance, et c'est dans cet état qu'elle nous a été amenée à la Clinique.

Quelques minutes après son entrée dans le service, elle a été prise de nouveau d'accidents convulsifs, et ceux d'entre vous qui ont pu les constater n'ont pas eu de peine à reconnaître qu'il s'agissait là d'une affection qu'il n'est malheureusement pas rare d'observer chez les femmes enceintes et que l'on désigne sous le nom d'*éclampsie puerpérale*.

Cette maladie, qui survient le plus généralement dans les derniers mois de la grossesse, a de tout temps appelé l'attention des accoucheurs, tant par l'éclat des symptômes avec lesquels elle se présente que par la gravité que comporte son pronostic.

Les symptômes d'ordre nerveux étant les plus frappants, ce sont eux qui ont les premiers appelé l'attention des médecins et on a d'abord fait de cette maladie une névrose, ce qui disait peu de chose et qui n'expliquait rien.

En étudiant de plus près les symptômes de l'éclampsie, on a constaté que la grande majorité des femmes qui en étaient atteintes présentaient en même temps des lésions rénales se traduisant par la présence de l'albumine dans l'urine.

Enfin, dans ces dernières années, le professeur Bouchard a été plus précis, il a émis l'hypothèse que l'éclampsie était due à la rétention dans l'organisme de produits toxiques, que les émonctoires naturels et particulièrement les reins étaient incapables d'éliminer.

Une preuve bien nette de cette hypothèse était fournie par M. Bouchard, en montrant la diminution considérable de toxicité que présentait l'urine des femmes éclamptiques.

Permettez-moi, Messieurs, d'entrer à ce sujet dans quelques explications qui me paraissent nécessaires pour l'intelligence de ce qui va suivre.

Vous savez tous que le corps humain ne peut se maintenir à l'état de santé qu'à la condition d'éliminer au fur et à mesure les déchets des différentes réactions qui s'accomplissent incessamment dans l'organisme.

La nature a recours à cet effet à divers émonctoires : la peau, l'intestin, etc. ; mais, parmi les émonctoires, un des plus essentiels est incontestablement le rein.

Vous n'ignorez pas qu'on ne résiste pas longtemps à la suppression de ces organes d'élimination et que les accidents qui se produisent alors sont justement analogues à ceux que vous constatez chez les femmes atteintes de crises d'éclampsie.

Une preuve encore plus directe de l'utilité des reins pour éliminer les poisons de l'organisme a été fournie par le professeur Bouchard, en montrant que l'urine était elle-même un véritable poison.

Pour en fournir la preuve, il lui suffisait d'injecter l'urine émise par nn homme bien portant dans les veines d'un animal, d'un lapin par exemple ; l'injection de ce liquide était bientôt suivie de symptômes d'empoisonnement et finalement l'animal succombait.

Ce savant expérimentateur a pu aller plus loin et mesurer d'une façon très approximative la quantité de poison contenue dans l'urine par la quantité de cette urine nécessaire pour amener la mort de l'animal. Pour que les expériences soient comparables entre elles, il est nécessaire, toutefois, que les animaux sur lesquels on expérimente soient de la même espèce et du même poids. L'expérience ayant montré de plus que les quantités de poison nécessaires pour tuer un animal d'une espèce donnée sont proportionnelles au poids de l'animal, il suffira, si l'on ne peut se procurer toujours des animaux du même volume, de tenir compte du poids de l'animal en calculant la quantité d'urine nécessaire pour tuer 1 kilogramme de l'animal en expérience, et cela en divisant la quantité d'urine employée par le poids de l'animal.

Dans ces conditions, M. Bouchard a pu établir qu'il suffisait d'injecter en moyenne 45 grammes d'urine d'un homme bien portant pour tuer 1 kilogramme de lapin. Je dis en moyenne, parce que cette quantité peut varier d'une façon assez sensible, suivant des conditions multiples, telles que la veille, la fatigue, etc. ; mais ces variations sont relativement légères.

Il en est tout autrement si, au lieu d'injecter à un animal l'urine d'un homme en parfaite santé, on lui injecte l'urine d'un homme malade. Dans certaines maladies, on voit l'urine devenir extrêmement toxique ; il suffit d'en injecter quelques centimètres cubes à un lapin pour tuer l'animal ; dans d'autres cas, au contraire, la toxicité de l'urine diminue dans de telles proportions qu'il faut injecter des quantités considérables de ce liquide dans les veines du lapin pour amener des phénomènes toxiques.

Or, c'est justement là ce qui se produit dans l'éclampsie puerpérale et, en expérimentant sur l'urine des femmes atteintes de cette affection, on constate une diminution considérable de la toxicité de ce liquide. Il y a toutefois lieu de faire une remarque importante : cette disparition presque complète de la toxicité urinaire ne peut être constatée chez les éclamptiques que si l'urine recueillie atteint son degré de dilution normal ; or, ce n'est pas ce qui arrive le plus ordinairement, les éclamptiques émettent en général très peu d'urine ; pour pouvoir comparer leur élimination toxique urinaire à celle des sujets sains, il est indispensable de tenir compte de la quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures.

Cela n'est pas toujours facile, car le plus souvent les éclamptiques urinent pendant leurs crises ou pendant l'état comateux qui les suit et une partie de l'urine ainsi émise ne peut être recueillie.

Nous avons cependant pu, dans deux cas d'éclampsie observés à la clinique de M. le professeur Tarnier, recueillir très exactement l'urine des vingt-quatre heures de deux femmes éclamptiques et calculer ainsi leur degré de toxicité. Or, cette toxicité était trois fois moins considérable que celle de l'urine des femmes hien portantes.

Voilà une preuve hien nette que, dans l'éclampsie, il n'y a pas élimination suffisante des poisons de l'organisme par l'émonetoire rénal; ces poisons doivent donc s'y accumuler et il doit y avoir forcément, suivant l'heureuse expression de M. le professeur Bouchard, auto-intoxication.

M. le professeur Tarnier a voulu chercher une preuve encore plus directe de l'auto-intoxication de l'organisme dans l'éclampsie puerpérale, et, alors que j'avais l'honneur d'être son élève, il m'a chargé de rechercher les résultats que pourrait donner l'injection à des animaux du sang des éclamptiques. . . . . (*A suivre.*)

LETTRES DE PROVINCE

Lille, juin 1894.

Ici, aux séances de la Société des Sciences médicales, c'est la gynécologie qui tient la corde. Et cela n'a pas l'air d'aller tout seul. M. Delassus a enlevé un fibrôme utérin gros comme une tête de fœtus par la voie abdominale. Cela n'est pas du goût de M. Vallin; bien meilleure est, selon lui, en pareil cas, l'hystérectomie vaginale par morcellement; en quinze minutes, utérus et fibrôme, tout est enlevé. — « Avez-vous jamais fait cette opération en pareil temps? » demande M. Delassus. — « Je ne dis pas cela, répond M. Vallin, mais *un homme qui n'est pas toujours pris au sérieux* dit la faire en quatre ou cinq minutes et je sais que c'est exact. » — A qui les oreilles ont-elles tinté? M. Delassus ne paraît pas convaincu : — « J'ai vu Pozzi qui est un chirurgien habile et sachant manier le bistouri, Pozzi qui n'est pas le premier venu, mais qui, à vrai dire, n'était peut-être pas alors un morcelleur de premier ordre, employer six quarts d'heure pour un utérus pas plus gros que le poing » (une misère !) — Bref, M. Vallin n'en démord pas : il aurait pratiqué, lui, l'hystérectomie vaginale; M. Delassus n'en démord pas davantage et défend son intervention. Après tout, il y aurait peut-être moyen de s'entendre : la tumeur était, paraît-il, grosse comme une tête de fœtus. L'âge n'étant pas spécifié, M. Vallin entend peut-être qu'il s'agit d'une tête d'embryon et M. Delassus d'une tête de fœtus à terme.

Puis, c'est M. Guermonprez qui fait une longue communication sur les salpingites. La salpingite est plus fréquente en hiver qu'en été. C'est que la vraie cause des salpingites est le froid aux pieds. Telle prend un coryza; telle autre une salpingite. Aussi, le traitement prophylactique est tout indiqué : il faut éviter ce froid aux pieds. Quant au traitement curatif, le voici : M. Guermonprez a remarqué que les salpingites revêtaient souvent, au point de vue clinique, la forme intermittente; la poche se vide pendant la période intermenstruelle et se remplit pendant les règles; mais il suffit de comprimer la collection pour voir le liquide s'écouler par l'orifice du col utérin. Et alors, pourquoi donc opérer tant de femmes? M. Guermonprez a toujours obtenu la guérison sans bistouri : vésicatoires, raies de feu, traitement général contre les tendances diathésiques, repos au lit prolongé... Et voilà! M. Faucon n'a pas l'air convaincu; certes, il trouve les résultats obtenus par M. Guermonprez magnifiques (pensez donc! vingt guérisons sur vingt traitements), mais il conserve quelques doutes, sinon sur l'efficacité de la thérapeutique, tout au moins sur la durée de la guérison. « Je crois, dit-il, que M. Guermonprez est tombé sur une série exceptionnellement heureuse. »

Mais M. Guermonprez a sa conviction faite : la guérison est durable; certaines de ses observations remontent à trois ans; hien mieux « la guérison a subi l'épreuve la plus complète que l'on puisse désirer par la survenance d'une grossesse »..... C'est donc parfait; il n'y a qu'un point noir dans le tableau, c'est « le retour des périodes hivernales ». Toujours le froid aux pieds...

M. Duret répond très sagement à M. Guermonprez que si quelques salpingites sont susceptibles de guérir par le traitement médical, beaucoup d'autres, au contraire, ne sont curables que par une intervention chirurgicale. Encore, n'est-il pas d'avis qu'on doive toujours opérer celles-ci; il en est parmi elles qui déterminent peu de douleurs et n'altèrent que médiocrement la santé générale; les malades peuvent alors vivre avec leur ennemi. Mais, dans d'autres cas, les souffrances sont si vives et si persistantes que l'hésitation n'est pas permise : alors, il faut intervenir. Que M. Guermonprez attende : ses malades ne sont pas guéries et l'avenir lui montrera qu'il a parlé trop tôt... à moins que ses patientes n'aillent demander à un autre qu'à lui les secours de la chirurgie.

A M. Vallin qui ne semble pas très convaincu et qui lui demande conseil pour le cas difficile d'une jeune fille atteinte de salpingite, M. Guermonprez répond : injections astringentes à l'alun, pansement antiseptique, capsules Thévenot, hains de siège, propreté des parties génitales externes, modificateurs de l'état constitutionnel, entretien de la chaleur dans les membres inférieurs (toujours le froid aux pieds), has de laine ou de soie, pantalon de laine, jupon de soie (le traitement n'est pas très démocratique); pas de toile et surtout pas de coton! frictions sur les membres à l'eau de Cologne (si les précautions précédentes ne suffisent pas), injections lentes et prolongées, raies de feu pour « favoriser la résolution des légers dépôts plastiques qui peuvent se former ».

Et la discussion continue entre MM. Duret, Faucon, Vallin qui défendent la salpingectomie dirigée contre les cas rehelles et M. Guermonprez, qui ne veut, à aucun prix, entendre parler d'un pareil sacrifice. Passerait encore l'opération si on n'enlevait qu'un fragment d'ovaire; mais l'ovaire tout entier, les deux ovaires tout entiers! Et précisément, il y a des malades qui souffrent autant après l'opération qu'avant. « La guérison définitive est quelquefois très tardive », répond M. Faucon. Et enfin, l'on termine en demandant à M. Guermonprez d'analyser scrupuleusement les vingt observations dont il a parlé. Alors, la discussion recommencera. Et personne ne changera d'idée — ni de conduite.

Dr Clam.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 juillet. — Présidence de M. Empis.

Vaccination.

M. Hervieux communique à l'Académie le rapport officiel sur la vaccine. Il rappelle que notre épidémie de variole est aujourd'hui vaincue, et la compare avec l'épidémie qui règne en Angleterre depuis 1891 et qui n'avait pas encore désarmé au commencement de cette année.

L'Angleterre était cependant pourvue de la vaccine obligatoire

depuis 1867, tandis que, chez nous, la vaccine n'a jamais été obligatoire que pour l'armée.

Mais la ligue antivaccinale a paralysé en Angleterre la lutte contre l'épidémie, tandis que la France a mis à profit tout l'arsenal des moyens prophylactiques.

M. Hervieux fait à cette occasion l'histoire de la ligue antivaccinale, puis passe en revue les divers moyens auxquels nous avons eu recours pour vaincre l'épidémie variolique. C'est aux revaccinations qu'il attribue la cessation de l'épidémie parisienne, mais il donne une large part aux services rendus par l'assainissement et toutes les pratiques qui le constituent.

M. Hervieux termine son rapport en appelant l'attention sur deux moyens auxiliaires d'une grande importance : la nécessité de nommer des inspecteurs généraux dans les circonscriptions qui en sont dépourvues, et d'établir, en principe, la gratuité des vaccinations par l'inscription au budget des communes et des départements des rémunérations des vaccinateurs.

Deux cas d'abcès du foie chez l'enfant.

M. Proust dit, sur ce sujet, à l'occasion d'un travail de M. le docteur Legrand (de Suez), un rapport dont voici un résumé :

Il s'agit de deux cas d'abcès du foie (abcès des pays chauds) chez des enfants. On sait que ces abcès sont beaucoup plus rares chez l'enfant que chez l'adulte. M. Legrand en relate deux cas dans son travail. Le premier concerne une petite fille de cinq ans chez laquelle il se développa, à la suite d'une dysenterie, un abcès du lobe droit du foie. Cet abcès fut ouvert au thermo-cautère et sa cavité fut ensuite lavée avec de l'eau boriquée. Trois mois après, la poche était comblée et le foie avait repris sa position normale. L'enfant semblait guérie, lorsque, quelque temps après, elle fut de nouveau atteinte de dysenterie, suivie de tuméfaction de la région épigastrique et d'un abcès du lobe gauche du foie. Les parents refusèrent toute intervention, l'abcès fut abandonné à lui-même et se vida par le colon transverse. Une amélioration passagère suivit, mais il se déclara bientôt une fièvre hectique qui emporta l'enfant avec tous les signes d'un abcès du cerveau.

On trouva dans le pus du premier abcès un assez grand nombre de microcoques arrondis, très mobiles, mais on ne trouva pas d'amibes. Les cultures de ce pus fournirent des colonies ressemblant beaucoup à celles du staphylococcus citreus, mais ne liquéfiant pas la gélatine. L'inoculation d'une certaine quantité de ces cultures aux cobayes n'a donné aucun résultat.

Dans le second cas d'abcès du foie communiqué à l'Académie par M. Legrand, il s'agissait d'un enfant de trois ans qui guérit d'un abcès du foie à la suite d'une simple incision suivie d'un lavage.

De l'abattage des animaux de boucherie.

M. Dieulafoy lit un rapport sur un ouvrage de M. le Dr Dembo, de Saint-Pétersbourg, concernant l'étude comparée des diverses méthodes d'abattage des animaux de boucherie.

L'auteur n'admet pas qu'un bœuf soit étourdi par le premier coup de massue qu'il reçoit. Il faut en moyenne cinq ou six coups de massue pour l'étourdir complètement. Les autres systèmes d'abattage au moyen du merlin, à Paris, ou avec la poloaxe, à Londres, présentent les mêmes inconvénients.

La méthode de l'énucléage ou section du bulbe avec un couteau introduit dans l'interstice occipito-atloïdien est également défectueuse à cause de sa longueur.

A tous ces moyens, M. Dembo oppose la méthode d'abatage juive, c'est-à-dire de la saignée immédiate. L'hémorrhagie est très abondante et entraîne immédiatement la perte de connaissance de l'animal. Ce procédé est donc plus humanitaire, il est aussi plus hygiénique, il permet de conserver plus longtemps la viande.

En effet, l'issue rapide et abondante du sang et les convulsions épileptoïdes qui surviennent à la dernière période de l'hémorrhagie favorisent la production de l'acide lactique, qui transforme le phosphate de chaux en lactate et en phosphate acide de chaux. Or, ce dernier corps entrave le développement des microorganismes et retarde la formation des produits de la putréfaction.

M. Trasbot trouve exagérées les assertions de M. Dembo, qui témoignent uniquement de la maladresse des ouvriers des abattoirs, où cet auteur est allé prendre ses observations.

Aux abattoirs de la Villette, comme aux abattoirs de la province, M. Trasbot n'a jamais vu qu'il fallût plus d'un coup de massue pour assommer un bœuf. Et, pour lui, le procédé de l'assommement est le plus humanitaire et le plus rapide. Quant à la conservation plus parfaite de la viande par la méthode d'abattage juive, rien ne l'a encore démontrée, et il est bien certain que les bouchers y auraient exclusivement recours, s'ils lui trouvaient quelque avantage à ce point de vue.

M. Weber approuve les critiques de M. Trasbot et ajoute que le masque Bruneau avec emporte-pièce prévient toute maladresse de la part des ouvriers des abattoirs et qu'il est inutile avec lui d'y revenir deux fois pour tuer l'animal.

M. Dieulafoy dit qu'il n'a aucune compétence dans la matière, mais il pense qu'il serait bon de faire cas des nombreuses observations sur lesquelles sont basées les théories de M. Dembo.

M. Marc Sée fait observer que l'ouvrage de M. Dembo répond à des considérations toutes spéciales. On sait que les Juifs ne doivent se nourrir que de viandes saignées. Or, on est allé dans certains pays par précautions religieuses jusqu'à les empêcher de manger des viandes indigènes en n'autorisant que l'abattage des animaux par l'assommement. M. Dembo a donc dû recueillir les expériences qui démontrent que, dans certains pays, le procédé de l'abattage par assommement fait cruellement et inutilement souffrir les animaux.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 juillet.

Sur la structure de la membrane de Corti.

MM. P. Coyne et Caunieu. — Les nouvelles recherches que nous avons entreprises touchant la structure de la membrane de Corti confirment l'étude antérieure que l'un de nous en a faite. Elles nous portent, en effet, à considérer cette membrane comme une formation articulaire, constituée par la coalescence de cils vibratiles agglutinés et présentant ainsi une grande analogie avec la cupule terminale des crêtes acoustiques.

MM. Mairet et Bosc adressent une note relative à leurs *recherches sur les causes de la toxicité du sang.*

Séance du 30 juillet.

Mécanisme de l'infection des causes secondes dans l'infection.

MM. Charrin et Duclert. — Les expériences antérieures de divers auteurs montrent que les poisons favorisent l'infection. Dans une série de recherches faites au laboratoire du professeur Bouchard, nous avons pu généraliser cette influence en mettant en œuvre des toxiques de diverses catégories : sels de plomb, sels de mercure, alcool, etc., qui sont des toxiques externes ; acide lactique qui est un toxique interne ; malléine, tuberculine, toxines pyocyaniques, qui sont des toxiques microbiens.

On réalise ainsi des conditions que les professions, les excès, les tentatives thérapeutiques, les infections, etc., ont coutume d'engendrer.

Nous avons établi que la virulence diminue au lieu de s'exalter chez les sujets intoxiqués. Nous avons vu que la pullulation des organes est favorisée par les intoxications. Et l'on sait quelle est l'importance de cette exaltation de la quantité des organes.

En second lieu, si les poisons favorisent les tissus, ils détériorent aussi les tissus, les organes, les appareils, et nous avons pu voir, en produisant ces détériorations, que les bactéries pullulent

toujours davantage dans les tissus altérés que dans les tissus intacts.

Ainsi, partout et toujours, l'influence sur l'élément quantité a été clairement révélée. Mais quel était le mécanisme de cette influence ?

Or, en intoxiquant des animaux vaccinés, nous avons vu que la destruction des bacilles, au point d'inoculation, ne se faisait pas, comme cela a lieu chez les réfractaires non empoisonnés. Nous avons constaté que chez ces vaccinés intoxiqués, la phagocytose fléchissait. Il est probable que les toxiques altèrent les cellules défensives, de même qu'ils lésent celles des viscères ou des appareils.

Ces toxiques ne font pas sensiblement baisser le pouvoir bactéricide des humeurs, si on saigne à peu près en même temps que l'on empoisonne : l'ensemencement des sérums le prouve.

De ces recherches, nous concluons donc que la gravité du mal chez les intoxiqués, chez les détériorés, tient, pour une part, à ce que les bactéries ne sont nullement gênées dans leur pullulation ; le virus, dans ces conditions, atteint, au point de vue quantité, le maximum.

Le bacille de la peste.

M. Yersin est parti pour Hong-Kong à la nouvelle de l'apparition de la peste dans cette ville, et il lui a été possible d'examiner un certain nombre de malades et de faire quelques autopsies. Dans tous les cas étudiés par lui, M. Yersin a ainsi trouvé un bacille qui semble spécifique, attendu qu'il existe en culture pure dans les bubons et que les ganglions en sont pour ainsi dire farcis.

Ce bacille est court, trapu, facile à cultiver sur gélose et son inoculation à la souris se montre mortelle dans les vingt-quatre heures. On sait que la peste, à Hong-Kong, sévit aussi sur les rats.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 juillet. — Présidence de M. Déjerine.

Sur une forme spéciale d'hémianopsie fonctionnelle dans la neurasthénie et la névrose traumatique.

MM. Déjerine et Vialet. — Dans les névroses, les altérations du champ visuel peuvent affecter, en outre du rétrécissement concentrique, la forme hémiopique. Cette hémianopsie est de nature fonctionnelle, elle n'indique pas une altération des centres nerveux ni des conducteurs optiques. Elle se distingue de l'hémianopsie de nature organique par la variabilité des limites du demi-champ visuel conservé.

Cette forme d'hémianopsie prend de l'importance en médecine légale. MM. Déjerine et Vialet ont suivi pendant plusieurs années deux malades atteints de neurasthénie, spontanée chez l'un, traumatique chez l'autre, et qui présentaient une hémianopsie durant depuis quatre ans, à travers de grandes oscillations dans les limites périphériques des demi-champs visuels conservés.

Anatomie du cerveau d'un sujet mort pendant le coït.

M. Luys. — Le sujet en question est mort à 27 ans, dans un coït accompli après un déjeuner copieux. Il avait éjaculé. Sur une tranche horizontale de son cerveau, on aperçoit un véritable piqueté vasculaire, réparti par petits îlots dans différents départements de la substance blanche, principalement au niveau du genou du corps calleux et au pourtour des fibres de la couronne rayonnante de Reil et de la capsule interne.

Il n'y a pas de rupture de vaisseau suivie d'hémorrhagie. L'extravasation du sang s'est faite dans les gaines périvasculaires sans les avoir rompues. La substance cérébrale n'était pas dilacérée ni ramollie. Enfin, dans toutes les parties du système cérébro-spinal, le système vasculaire semble avoir été le siège d'une tension intense ayant déterminé cette extravasation sanguine dans les régions périphériques.

Cet état anatomique des centres nerveux ayant coïncidé avec une mort foudroyante pourrait être un signe patognomonique utilisable dans certains cas en médecine légale.

En hygiène, il démontre les dangers auxquels conduit un coït exécuté après le repas, surtout après un repas copieux.

Recherches sur les causes de la toxicité du sérum du sang.

MM. Mairet et Bosc (de Montpellier). — Nous avons déjà montré que le sérum du sang contient des matières coagulatrices et des matières toxiques. Les premières sont des matières albuminoïdes d'après la plupart des auteurs.

Dans une première série d'expériences avec l'alcool absolu, MM. Mairet et Bosc montrent que l'extrait alcoolique et l'extrait éthéré de sérum n'ont ni propriétés coagulatrices ni propriétés toxiques. Ces propriétés existent dans le précipité.

Dans une seconde série d'expériences, avec l'alcool de moins en moins absolu, les auteurs montrent que le précipité contient des matières coagulatrices et des matières toxiques non isolables. Dans une troisième série d'expériences, les auteurs montrent que l'on peut séparer les principes coagulateurs et les principes toxiques à l'aide de l'alcool, mais pris à des degrés différents : à 30° pour les principes coagulateurs, à un degré supérieur pour les principes toxiques.

Quant à la nature de ces deux principes, MM. Mairet et Bosc, en employant différents réactifs (chaleur, réactif d'Esbaels, réaction de diuret), peuvent dire que tous deux sont formés de substance de nature albuminoïde, mais ils n'ont pu différencier l'une de l'autre la substance toxique et la substance coagulatrice.

De la présence des substances toxiques dans l'estomac.

MM. Cassaet et Bénech ont pu isoler du contenu stomacal des dilatés hyperchlorhydriques non tétaniques, en outre de la substance convulsivante, une seconde substance dont l'action est moins immédiate, mais plus toxique. Elle est hyperesthésique, sialogène, diurétique et diastolique. On peut donc reproduire, d'après cette découverte, chez les animaux tous les phénomènes immédiats ou secondaires qui se montrent d'habitude chez les malades qui succombent sous l'influence de la tétanie d'origine gastrique.

Pouvoir absorbant de la vessie.

M. Bazy a injecté dans la vessie d'un lapin 0 gr. 07 de sulfate de strychnine et l'animal est mort quelques secondes après dans le cours d'un violent accès tétanique.

En raison des vacances, la Société s'ajourne jusqu'au troisième samedi du mois d'octobre.

LES LIVRES.

H. Beauregard : **Le microscope et ses applications.** (G. Masson.)

Comme l'auteur a voulu résumer en peu de pages l'histologie animale et végétale, aussi bien que la technique, il est forcément resté incomplet, mais il est toujours clair et substantiel.

De Brun : **Maladies des pays chauds.** (G. Masson.)

C'est le second volume qui comprend l'histoire de la dysenterie, des abcès du foie, de l'éléphantiasis, de la filariose, des maladies de la peau spéciales aux pays chauds. Sera très utile comme aide-mémoire aux médecins de marine et des colonies.

Villedary : **Guide sanitaire des troupes et du colon aux colonies.** (Société d'Editions scientifiques.)

Petit traité d'hygiène coloniale, comprenant la manière

de manger, de se vêtir, de dormir et de travailler dans les pays chauds, et précédant un *vade-mecum* relatif à la prophylaxie et au traitement des principales maladies exotiques.

Léon Cassine : **Mères et nourrices. — Le Conseiller de la jeune femme.** (Société d'Editions scientifiques.)

Ce petit livre, simplement écrit, résume toutes les questions d'hygiène qui peuvent intéresser une jeune mère. Les soins à donner au nouveau-né, l'allaitement, le sevrage, les principes de la médecine infantile y sont traités clairement et d'une manière tout à fait pratique.

Henry Drouet : **Nourrices sur lieu. — Conseils aux jeunes mères** (Société d'Editions scientifiques.)

Destiné à suppléer à l'inexpérience d'une jeune mère qui confie son enfant à une nourrice, mais qui doit continuer à diriger l'élevage de cet enfant. Conseils très pratiques.

E. Duval : **Traité pratique et clinique d'hydrothérapie.** (Un vol. in-8° de 910 pages, avec figures. Paris, J.-B. Baillière et fils.)

Le livre très intéressant que vient de publier M. E. Duval n'est pas un traité théorique où les hypothèses transcendantes servent de thème à des variations phylosophiques. C'est plus simplement et plus utilement un traité pratique, où l'auteur expose avec beaucoup d'entrain et même d'humour les résultats de vingt-cinq années d'expérience.

Comment agit l'hydrothérapie, peu nous importe, pourvu qu'elle agisse et que nous sachions dans quel cas elle agit ! La théorie viendra plus tard : pour le moment, ce qu'il nous faut, c'est un guide qui permette au médecin d'appliquer cette grande médication, qui lui fournisse les indications de son emploi, et ce guide, il le trouvera dans l'excellent livre de M. E. Duval.

H. Barbier : **La rougeole.** (Rueff et Cie.)

Excellente petite monographie très au courant des dernières acquisitions de la science.

E. Lécorché : **Traitement du diabète sucré.** (Rueff et Cie.)

Rien de nouveau, mais un bon guide pour les praticiens. Le meilleur chapitre de l'ouvrage est celui où l'auteur étudie la cure du diabète par les eaux minérales.

Mégnin : **Les acariens parasites.** (G. Masson.)

Très technique, mais rempli de renseignements intéressants sur l'action exercée par ces acariens sur l'homme et les animaux.

H. Hallopeau : **Traité élémentaire de pathologie générale.** (J.-B. Baillière et fils.)

C'est la quatrième édition de cet excellent ouvrage, et cela en dit plus que tous les commentaires, d'autant que, pour être à la portée des débutants en médecine, ce traité n'en est pas moins au courant des travaux les plus récents.

A. Montenuis : **Les déséquilibrés du ventre.** (J. B. Baillière et fils.)

Le déséquilibre du ventre a été étudié par M. Glénard (de Vichy) sous le nom d'*Entéroptose*. C'est une maladie fréquente, ordinairement méconnue ou confondue avec la neurasthénie et bien d'autres choses encore. M. Montenuis en donne une excellente description qui permettra d'éviter bien des erreurs de diagnostic et de ne pas confondre surtout l'entéroptose avec la dilatation de l'estomac, relativement beaucoup plus rare.

A. R.

NÉCROLOGIE

Dr MAILLOT

Maillot (François-Clément), une des gloires de la médecine militaire contemporaine, est décédé à Paris, le 24 juillet dernier, dans sa quatre-vingt-onzième année.

Né le 13 février 1804, à Briey (Moselle), d'une famille de médecins, Maillot était élève du Val-de-Grâce en 1823, il est parvenu au grade de médecin-inspecteur et au titre de président du Conseil de santé en 1852, ayant conquis tous ses grades, grâce à un travail opiniâtre et à de longs et honorables services. Envoyé en Afrique au commencement de l'occupation, en 1834, et médecin en chef des grands hôpitaux de l'Algérie, il avait été frappé de l'excessive mortalité qui frappait l'armée. Cette mortalité était telle que l'esprit public, les Chambres et le gouvernement d'alors furent douloureusement émus. Une vaste plaine, à quelques lieues d'Alger, était appelée le *Tombeau des chrétiens*, et un général français déclarait « qu'il fallait l'entourer d'une grille de fer, pour en défendre l'approche ». Maillot, qui arrivait de Corse où il s'était trouvé aux prises avec la malaria, venait d'y constater l'impuissance de la doctrine de Broussais ; il n'hésite pas à renoncer à la médication antiphlogistique, aux saignées et à la diéte, et il institue l'emploi du sulfate de quinine à hautes doses, après avoir tracé un tableau magistral de la marche des épidémies de fièvres intermittentes qu'il avait sous les yeux. L'on sait aujourd'hui que ses idées, adoptées après plus de dix ans de luttes incessantes, ont sauvé la vie à plusieurs centaines de mille de nos soldats, dans les diverses colonies françaises et étrangères. Aussi, sur l'initiative de M. le professeur Verneuil, au Congrès de l'Association des sciences, tenu à Alger en 1888, les honneurs les plus élevés furent-ils rendus à Maillot : un village d'Algérie porte son nom, une récompense nationale, sous forme d'une pension extraordinaire, fut votée par le Parlement !

L'histoire de l'*œuvre de Maillot* a été publiée récemment, grâce à notre confrère, M. le docteur Trolard, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger, par le comité d'études médicales de l'Algérie. Le bon vieillard, qui a pu conserver jusqu'à ses derniers jours l'intégrité de son intelligence, avait été fort ému de cette preuve de sympathie et de justice, et, entouré de la vénération et de l'amitié de tous les médecins de l'armée et de tous les médecins civils qui le connaissaient bien, il considérait la publication de cette partie importante de son travail médical comme un des grands bonheurs de sa vie.

Notre excellent maître et ami avait été, autrefois, l'un des collaborateurs de la *Gazette médicale*, et l'on trouvera, dans notre collection, quelques-unes des traces de la lutte opiniâtre que dut soutenir Maillot, comme tous les novateurs d'ailleurs, pour le triomphe de ses idées, admises aujourd'hui par l'universalité des médecins.

Dr A. Dureau.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Congrès international de l'enseignement supérieur.

Ce Congrès s'ouvrira à Lyon le 29 octobre 1894.

On y traitera : 1° Du mode de recrutement et de la situation des professeurs des Facultés à Paris et en province comparés à ce qui existe à l'étranger ;

2° De l'équivalence des études et des grades dans les universités françaises et étrangères ;

3° Des moyens de soustraire les universités françaises à l'uniformité des programmes, en favorisant le développement de chacun selon ses aptitudes, ses tendances et le caractère de la région.

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique vient d'arrêter un nouveau tarif de frais de séjour dans les hôpitaux de Paris pour les malades non nécessiteux.

Actuellement, les malades adultes payent le même prix, soit 3 fr. 50 par jour, dans les services de médecine et de chirurgie, et

les enfants remboursent 2 fr. 80 par jour; les accouchements payants, dans les hôpitaux et chez les sages-femmes, sont tarifés à raison de 3 fr. 30.

Le nouveau tarif comportera dorénavant un prix différent pour la médecine et la chirurgie; il est ainsi fixé :

Pour les adultes : 3 fr. 30 en médecine et 5 fr. en chirurgie. Pour les enfants : 2 fr. 80 en médecine et 3 fr. 50 en chirurgie. Pour le séjour à Berck : 2 fr. 10. Pour les accouchements : 5 fr. par jour.

Le Conseil général de la Seine vient de décider la création, sur le domaine départemental de Ville-Evrard, d'un cinquième asile d'aliénés. Cet établissement sera composé de deux parties distinctes : 1° un asile pouvant contenir 700 aliénées (femmes); 2° un asile spécial d'alcooliques pour 500 hommes.

Le Conseil municipal a voté la construction, près l'hôpital Saint-Louis, de l'Ecole-Hôpital Lailler destinée aux teigneux.

Cet établissement comprendra deux quartiers avec écoles : l'un sera affecté aux enfants atteints de la teigne tondante et divisé en deux quartiers (filles et garçons); l'autre sera divisé en plusieurs sections destinées : la première pour les pelades, la seconde pour les favus et la troisième pour l'infirmerie générale, subdivisée elle-même en trois parties (teigne tondante, pelade et favus.)

Comme on le voit, tout est prévu pour éviter la contagion.

Transport des préparations histologiques.

Une décision de l'Administration des postes de l'Union prohibe le transport par la poste de tout objet contenant des microbes ou des germes morbides, même en boîtes scellées. L'emballage le mieux conditionné ne suffit point, paraît-il, pour faire obstacle à la propagation des microbes. Les paquets contenant ces substances seront considérés comme renfermant des matières toxiques.

Les médecins militaires et le projet de loi Marmottan.

Un projet de loi a été présenté par M. Marmottan sur la *réorganisation du corps de santé militaire.* Ce projet a pour but de donner aux médecins militaires les mêmes droits et prérogatives qu'aux autres officiers de l'armée : ce qui a lieu dans presque toutes les armées européennes, et l'on ne s'explique guère cet ostracisme dont sont frappés en France les médecins de notre armée.

« N'est-il pas inique, dit à ce sujet le *Progrès militaire*, de voir » les armées les plus féodales de l'Europe reconnaître au médecin » la qualité d'officier, alors que la France la lui refuse et le traite » un peu en paria? Le médecin militaire n'est-il pas le seul, dans » l'armée, à partager en tout, partout et toujours la vie de l'officier, dont il n'a ni les droits, ni les prérogatives? En temps de » guerre, n'est-il pas le seul, non officier, qui assiste la troupe sur » le champ de bataille, médecin régimentaire, à 600 mètres de la » ligne de feu, à côté des réserves du corps? »

Cette situation des médecins militaires est un déni de justice qui n'existe plus guère que dans notre armée. Il s'agit de le réparer. Et, pourtant, on parle de tentatives faites pour annihiler le projet Marmottan et écarter toute discussion publique. On dirait qu'on craint de voir exposée au grand jour la situation légale des médecins militaires.

Nous espérons qu'il n'en est rien et que justice finira par être rendue à ce sujet, de même que l'on arrivera à comprendre que la place du médecin civil dans l'armée est au *service médical*, et non au fusil ou au canon.

Le typhus.

Le ministre de l'intérieur vient d'adresser aux préfets la circulaire suivante au sujet des cas de typhus exanthématique constatés en divers points :

Le typhus exanthématique, qui, jusqu'à ces dernières années, était rarement observé en France, a fait depuis deux ans son apparition dans quelques départements du Nord et de l'Ouest. Il importe de l'empêcher de s'étendre.

Cette affection est très contagieuse. Elle expose ceux qui soignent ou approchent les malades à de graves dangers. Dans ces conditions, il est du devoir de l'administration sanitaire de généraliser les instructions adressées, en 1893, à quelques-uns de vos collègues et d'appeler l'attention des autorités locales sur les mesures les plus propres à prévenir la maladie et en atténuer les effets.

Conditions dans lesquelles se développe le typhus. — La première difficulté est de reconnaître dès le début le typhus dont les symptômes sont souvent mal déterminés et échappent aux médecins qui n'ont pas eu l'occasion d'observer cette maladie.

D'après une observation constante, le typhus est, dans la plupart des cas, apporté et propagé par les chemineaux, les saltimbanques, les voyageurs indigents et, en général, tous les gens menant une existence nomade, couchant soit dans des roulottes, soit dans des bâtiments spéciaux affectés à cet usage par les communes rurales, soit enfin dans des auberges.

Il faut donc considérer tous ces individus comme suspects et exercer sur eux et les locaux dans lesquels ils sont admis une surveillance particulière.

Mesures à prendre dans les asiles de nuit en vue de prévenir l'apparition du typhus. — 1° Voyageurs. — La mesure la plus efficace consiste dans les soins de propreté à donner aux voyageurs et dans la désinfection de leurs effets. Autant que possible, on devra mettre les voyageurs à même de prendre une douche ou un bain et désinfecter leurs effets en les passant à l'étuve. A défaut d'étuve, ces effets pourraient être trempés dans une solution de sublimé à 1 0/00.

Il faut, pour que cette opération soit possible, que les établissements de refuge soient pourvus des moyens de vêtir les hospitalisés pendant le temps qu'ils les recueillent.

2° Locaux. — Les administrations municipales doivent pratiquer la désinfection fréquente des locaux appelés à recevoir des vagabonds, des draps et objets de literie dont ils se sont servis. Les principales précautions à prendre sont les suivantes :

Laver tous les matins les locaux à l'eau phéniquée, blanchir les murs à la chaux tous les huit jours ; laver à l'eau phéniquée les lits de camp là où il en existe, et désinfecter à l'étuve, à l'acide sulfureux ou au sublimé les objets de literie.

Là où les voyageurs couchent sur la paille, brûler tous les matins cette paille et la remplacer par de la paille fraîche.

Quant aux établissements privés, aux auberges ou aux roulottes, il importe d'en assurer la désinfection par tous les moyens dont les municipalités disposent et toutes les fois que la chose sera possible, en faisant comprendre aux propriétaires l'importance de cette mesure prophylactique.

A défaut de ces précautions, des institutions charitables peuvent devenir dangereuses par les facilités qu'elles offrent à la communication et à la dissémination des germes morbides.

Mesures à prendre dans le cas de maladie suspecte ou confirmée. — Déclaration. — Tout cas de maladie suspecte survenu chez un des individus dont nous avons parlé doit être immédiatement porté à la connaissance de l'administration par les directeurs d'asile, les hôteliers, les agents de police ou les gardes champêtres. Quant aux médecins, la déclaration de toute affection épidémique est pour eux obligatoire.

Malades admis a l'hopital. — Jusqu'à ce que le diagnostic ait nettement établi que la maladie n'est pas le typhus, les malades appartenant aux catégories d'individus dont il vient d'être question seront tenus pour suspects de typhus et traités comme tels, c'est-à-dire rigoureusement isolés. En aucun cas, ils ne devront être maintenus dans la salle.

Gardes-malades. — Les personnes qui donnent des soins aux typhiques doivent, autant que possible, ne soigner qu'eux et ne pas approcher d'autres malades. Elles porteront un costume spécial qui ne sortira pas du service hospitalier et sera l'objet des mêmes mesures de désinfection que les effets des malades. Elles prendront pour elles-mêmes les précautions antiseptiques indiquées.

Effets des malades. — Les mesures prophylactiques à appliquer sont, d'une façon générale, celles que l'on a conseillées pour les fièvres éruptives : désinfection rigoureuse des effets portés par les malades au cours de la maladie; désinfection de tous draps, linges, objets de literie à leur usage; désinfection des crachoirs qui devront être plongés et maintenus pendant une demi-heure dans l'eau bouillante. A la terminaison de la maladie, désinfection de toute la literie. Le malade ne devra sortir qu'avec des effets entièrement désinfectés.

Cette désinfection s'effectuera soit à l'étuve, soit, si l'on ne dispose pas d'étuve, par l'immersion des effets, linges, draps, pendant trois heures, dans une cuve contenant de l'eau additionnée de sublimé à 10/000.

Pour les matelas on paillasses, si l'on ne dispose pas d'étuve, on ne doit pas hésiter à brûler la paille ou la laine et à désinfecter la toile d'enveloppe, si elle en vaut la peine, par l'immersion dans la solution de sublimé.

LOCAL. — Le local occupé soit en ville, soit à l'hôpital, par le ou les malades sera rigoureusement désinfecté.

MALADES SOIGNÉS HORS DE L'HOPITAL. — Pour les soins à donner à ces malades, on suivra autant que possible les indications ci-dessus.

AVIS AUX MUNICIPALITÉS DES COMMUNES DANS LESQUELLES SE RENDENT DES SUJETS SUSPECTS. — Enfin, les administrations municipales devront, dans la mesure du possible, avertir les maires des communes dans lesquelles se rendraient des personnes sortant de milieux infectés de typhus, et les maires, ainsi avertis, devront exercer sur les personnes signalées une surveillance discrète, de manière à pouvoir agir dès le début de la maladie, si celle-ci venait à se déclarer.

Il ne vous sera sans doute pas très difficile d'organiser ce service d'information pour les personnes sortant d'un refuge, d'un garni, d'un hôpital, d'une prison, ou voyageant avec des secours de route.

Le Ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante :

Je vous prie de faire rappeler aux élèves des établissements d'enseignement secondaire de votre ressort qui se destinent aux études médicales :

1° Que ceux d'entre eux qui seront pourvus du baccalauréat ès sciences restreint en même temps que du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) ou de l'ancien baccalauréat ès lettres, avant la clôture des registres d'inscription en novembre prochain, pourront commencer et achever leurs études médicales sous le régime du décret de 1878. Ils seront admis à prendre leur première inscription de médecine au trimestre du 4 novembre prochain ;

2° Que ceux qui n'auraient pas obtenu le diplôme de bachelier ès sciences restreint au plus tard à la session de novembre 1894 seront tenus de faire dans une Faculté des sciences, ou dans le cas spécifié par l'article 7 du décret du 31 juillet 1893, près d'une Ecole de médecine, l'année d'études préparatoires au certificat des sciences physiques, chimiques et naturelles institué par le susdit décret.

Passé la session de novembre 1894, il ne sera plus délivré de diplômes de bachelier ès sciences restreint.

Cours de l'Hôtel de Ville.

M. Retterer, agrégé, est chargé du cours de biologie à l'Hôtel de Ville, en remplacement de M. Pouchet, décédé.

Muséum d'histoire naturelle.

L'Académie des Sciences, dans son avant-dernière séance, avait désigné pour la chaire d'anatomie comparée du Muséum, vacante par la mort de M. Pouchet, en première ligne, M. le Dr Henri Filhol, par 37 voix; en deuxième ligne, M. le Dr Beauregard, par 33 voix, sur 46 votants. — M. Filhol vient d'être nommé professeur par décret en date du 23 juillet.

Légion d'honneur.

Sont nommés chevaliers dans l'ordre de la Légion d'honneur : MM. Ballue, médecin en chef du dépôt des condamnés; Cartaz, Davesne, Despagnet, Marchant, Quénu, Ruault et Weill, de Paris; Figueira, de Nice; Hacque, maire de Mazé; Lardier, maire de Rambervillers; Lacombe, conseiller général de la Charente; Poncet, de Lyon; Souchu-Servinière, de Laval; Vineiguerra, conseiller général d'Oran.

Récompenses honorifiques.

Par arrêté ministériel, en date du 23 juin 1894, des médailles d'honneur ont été accordées comme suit :

Médaille de bronze. — M. le Dr Isnard, à Carros : dévouement exceptionnel au cours d'une épidémie de diphtérie, qui a sévi au Broc (Alpes-Maritimes).

Médailles d'argent. — M. le Dr Durantin, à Saint-Just-en-Chevalet: dévouement exceptionnel au cours d'une épidémie de diphtérie, dans la commune de Juré (Loire); a contracté les germes de la maladie en soignant les malades; — M. Giraud, infirmier à Roanne : s'est signalé au cours de diverses épidémies et notamment lors de l'épidémie récente de diphtérie, qui a sévi à Juré (Loire), et au cours de laquelle il s'est exposé à la contagion avec le plus grand dévouement.

Session lyonnaise de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie en 1894.

Séance du 2 août. — Rapport de M. Augagneur : Sur le traitement de syphilis par les injections sous-cutanées mercurielles. Communications de MM. Stoukowenkoff : Essai d'éclaircir les principes du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées mercurielles; Thibierge : Injections de préparations mercurielles insolubles; Jullien : Injections mercurielles; Stoukowenkoff : Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de benzoate de mercure; Oudin : De l'action des courants alternatifs de haute fréquence et de haute tension sur quelques dermatoses; Aubert : Perméabilité des effractions épidermiques : Dubreuilh : De l'acné nécrotique; Horand : La pelade n'est pas contagieuse; Brousse : Pleurésie syphilitique de la période secondaire; Barthélemy : Traitement de la blennorrhagie chez la femme; Hallopeau : Abcès multiples récidivants chez les jeunes enfants.

Séance du 3 août. — Rapport de M. Sabouraud : Sur les tricophyties de l'homme. Communications de MM. Brocq : De l'hydroa vacciniforme ; Audry : Sur un type clinique de lichen plan ; Du Castel : Traitement de la tricophytie du cuir chevelu par la chrysarobine ; Dron : Lésions osseuses dans la syphilis héréditaire infantile ; Gémy : Leucomé lanodermie syphilitique chez les Kabyles ; Aubert : La transpiration insensible ; Jullien : Un signe de la syphilis héréditaire ; Balzer et Lacour : Urétro-cystite blennorrhagique compliquée d'emblée d'un purpura infectieux très grave ; Augagneur : Sur les arthralgies de la période secondaire ; Hallopeau : Localisations cutanées et osseuses des syphilis régionales ; Cordier : La syphilis sans chancre.

Séance du 4 août. — Rapport de M. Dron : Sur la réglementation de la prostitution. Communications de MM. Barbe : Erythrodermie prémycosique chez une cancéreuse ; Aubry : Sur la nature tuberculeuse du lupus érythémateux disséminé de la face et des membres ; Augagneur : Adénopathies suppurées causes d'éruptions cutanées ; Gémy : Lèpre en Kabylie ; Batut : Sur les tuberculoses verruqueuses ; Dubreuil : Lentigo malin des vieillards ; Jullien : Traitement de la syphilis par l'application épidermique du calomel ; Hallopeau : Récidives périodiques *in situ* d'un érythème polymorphe ; Meneault : Dermatite scarlatiniforme généralisée récidivante ; Ganginotti et Etienne : Hérédo-syphilis maligne ultratardive ; Meneault : Gangrène sèche momifiante.

Italie.

Le gouvernement italien vient d'adopter pour l'armée un nouveau type de sachet individuel de pansement, dit du modèle 1894.

Sa composition est la suivante : 1° deux compresses de mousseline hydrophile ; 2° une bande hydrophile bichlorurée de trois mètres de longueur ; 3° deux épingles nickelées enveloppées dans du parchemin ; 4° une enveloppe extérieure en toile imperméable portant une étiquette indiquant le mode d'emploi.

Le prix de revient du sachet individuel est de 30 centimes.

NOTES D'ANATOMIE, DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE

Pendant la période des vacances, la* Gazette Médicale *ne publiera qu'irrégulièrement ses notes hebdomadaires d'anatomie et de pathologie.

Le Directeur-Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Imprimerie SCHILLER, 10, rue du Faubourg-Montmartre.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE MÉDICALE

Toxicité du sérum maternel et fœtal dans un cas d'éclampsie puerpérale (1).

Par M. le Dr CHAMBRELENT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

(*Suite et fin.*)

Au mois d'octobre 1892, nous commençâmes, à la Clinique obstétricale de Paris, une série d'expériences destinées à rechercher l'effet de l'injection à des lapins du sang des femmes éclamptiques. Nous fûmes dirigé dans nos premières expériences par le professeur Charles Richet, qui nous conseilla de n'injecter que le sérum du sang.

Nous ne connaissions à cette époque aucun travail analogue fait, soit à l'aide du sang normal, soit à l'aide du sang pathologique.

Après avoir recueilli le sang provenant de la saignée d'une éclamptique dans un verre flambé, nous laissions ce sang se coaguler à la température ordinaire et, au bout de vingt-quatre heures, le sérum étant à peu près complètement séparé du caillot, nous injections ce sérum, à des doses variables, dans la veine auriculaire d'une série de lapins. Nous arrivâmes ainsi à constater qu'il suffisait d'injecter trois à quatre centimètres cubes de ce sérum par kilogramme de lapin pour voir l'animal succomber au bout de quelques heures. Tandis que les animaux qui en avaient reçu des quantités moindres, après avoir été plus ou moins malades, ne tardaient pas à se remettre et, au bout de quelques jours, avaient repris leur vie ordinaire.

Il paraissait donc bien démontré que les animaux qui avaient succombé avaient été empoisonnés par les toxines qui leur avaient été injectées.

Nous aurions voulu, dès cette époque, faire des expériences analogues avec du sang de sujets sains, malheureusement les circonstances ne nous permirent pas de nous en procurer.

Mais quelques jours après nos premières expériences, M. le professeur Richet nous signala un travail publié en 1889 par le Dr Rummo, professeur à l'Université de Sienne, et dans lequel étaient relatées des expériences de cette nature.

Rummo, en injectant à des lapins du sérum de sang humain provenant de sujets sains, avait constaté qu'il fallait injecter dix centimètres cubes de sérum pour voir les animaux mourir rapidement. A des doses moindres, les animaux pouvaient encore succomber au bout d'un certain temps, mais ils résistaient constamment à une dose inférieure à cinq centimètres cubes de sérum physiologique.

Nos expériences semblaient donc bien démontrer une hypertoxicité du sérum des femmes éclamptiques.

Nous trouvâmes d'ailleurs dans le travail de Rummo des expériences faites avec du sang pathologique; dans certaines affections, cet expérimentateur avait constaté une diminution de la toxicité du sang; dans d'autres, au contraire, une augmentation très manifeste. Cet auteur citait même des expériences faites sur le sang des éclamptiques et il avait constaté que dans cette maladie le sang était toxique à la dose de trois à quatre centimètres cubes, ce qui confirmait absolument le résultat de nos propres expériences. Depuis cette époque, nous avons eu bien souvent l'occasion d'injecter à des lapins du sérum provenant de femmes éclamptiques, soit dans le laboratoire de M. le professeur Tarnier, soit dans cette Clinique même, et toujours nous avons constaté une augmentation manifeste de la toxicité de ce sérum.

De sorte que nous avons là une preuve encore plus directe de l'auto-intoxication éclamptique que celle qui nous était fournie par le défaut de toxicité de l'urine. Ces notions étant établies, revenons, Messieurs, à l'observation de notre malade.

Quelques heures après son entrée à la Clinique, le lundi 12 mars, M. le professeur Moussous lui pratiquait une saignée du bras.

Le sang était directement recueilli dans des vases stérilisés et laissés au repos au laboratoire des Cliniques de la Faculté jusqu'au lendemain.

A cinq heures du soir, le mardi 13 mars, c'est-à-dire exactement vingt-quatre heures après le moment de la saignée, le sérum était parfaitement séparé du cruor. Ce sérum fut alors injecté à trois lapins, aux doses suivantes :

Un premier lapin, pesant 1,130 grammes, reçut 3 centi-

(1) Leçon faite à la Clinique obstétricale de la Faculté de Médecine de Bordeaux (service du professeur Moussous) et extraite des *Archives cliniques de Bordeaux*.

mètres cubes 5 de sérum, soit très approximativement trois centimètres cubes de sérum par kilogramme.

Un second lapin, pesant 1,140 grammes, reçut quelques instants après cinq centimètres cubes de ce même sérum, soit un peu plus de quatre centimètres cubes par kilogramme, très exactement 4 centimètres cubes 3 par kilogramme

Un troisième lapin, pesant 980 grammes, reçut quelques minutes après cinq centimètres cubes de sérum, soit un peu plus de cinq centimètres cubes par kilogramme.

Immédiatement après l'injection, les animaux présentaient des symptômes morbides et deux d'entre eux ne tardaient pas à succomber; vous pouvez voir leurs cadavres devant vous.

Or, les deux lapins qui ont ainsi succombé à l'injection du sérum de notre éclamptique sont ceux à qui hier soir nous avions injecté cinq et quatre centimètres cubes de ce sérum. Celui, au contraire, qui n'avait reçu que trois centimètres cubes de ce même sérum a parfaitement résisté à l'injection; vous le voyez devant vous et vous pouvez constater qu'il paraît absolument remis des quelques symptômes morbides qui ont suivi immédiatement l'injection.

Nous pouvons dire que le sérum de notre éclamptique était toxique à la dose de quatre centimètres cubes et qu'il ne l'était pas à la dose de trois centimètres cubes. Sa toxicité est donc comprise entre ces deux limites. Comme vous le voyez, c'est une toxicité bien supérieure à celle du sérum normal.

Cette expérience me paraît de plus répondre victorieusement aux objections qui ont été faites récemment à la méthode des injections intra-veineuses de sérum. On a dit, en effet, que les animaux ne succombaient pas à l'action toxique de ce sérum, mais bien à des embolies résultant de la coagulation du sang par suite de l'action d'un sérum hétérogène mélangé au sang de l'animal. Comment admettre que cette coagulation se produise avec quatre et cinq centimètres cubes et qu'elle ne se produise pas avec trois centimètres cubes? Les phénomènes morbides qui précèdent la mort des animaux en expérience et que présentent même ceux qui résistent ne nous paraissent d'ailleurs pas susceptibles d'être expliqués par la coagulation du sang.

Nous croyons donc avoir dans ces expériences une véritable démonstration de l'hypothèse de l'auto-intoxication éclamptique.

Mais ces expériences nous paraissent avoir une portée pratique peut-être encore plus intéressante.

Elles nous permettent de fixer le degré de toxicité du sang de nos malades et nous donnent ainsi de précieux renseignements sur la gravité de leur état.

Le plus souvent, en effet, je n'ose dire toujours, le pronostic de l'éclampsie sera en raison directe de la toxicité du sérum sanguin. C'est du moins ce que nous avons constaté dans un grand nombre d'expériences.

Nous avons eu un jour occasion d'observer à cet égard un cas bien curieux, que M. le professeur Tarnier relatait il y a quelques jours à peine dans une de ses leçons cliniques et que je vous demande la permission de vous citer textuellement :

« Quand je faisais mes premières recherches avec M. Chambrelent, dit notre éminent maître, M. Bar, qui en connaissait les résultats, nous envoya un jour un télégramme, en nous disant qu'il avait, dans son service de l'hôpital Saint-Louis, une éclamptique que l'on avait saignée et dont le sang avait été recueilli avec toutes les précautions antiseptiques voulues. M. Chambrelent se rendit aussitôt à Saint-Louis, mais à son arrivée M. Bar lui dit qu'il craignait de l'avoir dérangé inutilement, car l'éclampsie paraissant peu grave, il était probable que le sang de la malade serait peu toxique. Néanmoins, M. Chambrelent prit le sang recueilli, il le rapporta au laboratoire et fit de suite des expériences. A notre grand étonnement, le lapin fut tué avec trois grammes de sérum. M. Chambrelent, fort décontenancé par ce résultat qui semblait contredire nos idées et même les renverser complètement, alla le lendemain en faire part à M. Bar. Quel ne fut son étonnement quand M. Bar lui apprit la mort de la malade! Il serait impossible de donner un exemple plus démonstratif de l'utilité de la méthode. »

Le pronostic de l'éclampsie puerpérale est, en effet, le plus souvent très difficile à préciser, car il ne paraît pas toujours en rapport avec la gravité des symptômes cliniques présentés par les malades.

C'est ainsi que le nombre des accès convulsifs, qui, comme vous le savez, est extrêmement variable, ne peut guère nous donner d'indications précises à ce sujet. Nous avons vu guérir des malades qui en avaient eu un nombre considérable.

Je me rappelle entre autres l'observation d'une pauvre femme de Bacalan, chez laquelle les attaques d'éclampsie étaient si rapprochées qu'après avoir fait amener une voiture pour la transporter à la Maternité, on n'osa la mettre en route de peur qu'elle ne succombât dans le trajet. Malgré un nombre considérable d'attaques, cette femme se remit parfaitement.

M. Depaul cite dans ses cliniques le fait d'une femme qui guérit après avoir eu quatre-vingt-quinze attaques d'éclampsie.

A côté de cela, on voit des femmes succomber après avoir éprouvé une seule attaque convulsive.

Il est un autre symptôme sur lequel on ne peut non plus établir le pronostic, c'est l'abondance de la quantité d'albumine dans l'urine.

Nous avons vu mourir des éclamptiques qui ne présentaient que des traces d'albumine et nous avons vu, au contraire, des cas terminés par la guérison malgré une forte proportion d'albumine dans l'urine. Tel est le cas d'une éclamptique que nous avons eu l'occasion d'observer l'année dernière à l'hôpital Pellegrin, dans le service de M. le Dr Lugeol, et qui guérit, bien que son urine, analysée avec le plus grand soin, nous ait révélé la présence de 18 grammes d'albumine par litre. L'examen de la toxicité du sang nous avait, au contraire, montré qu'il n'était pas toxique à la dose de cinq centimètres cubes, et nous avait permis de porter un pronostic favorable.

Nous avons tout lieu de croire que la recherche expérimentale de la toxicité du sérum sanguin donnera une indication plus précise de la gravité de la maladie.

Mais il y a dans l'histoire de l'éclampsie un autre point sur lequel il serait très intéressant d'être fixé, c'est le pronostic fœtal.

Vous savez tous qu'il arrive assez fréquemment que les femmes enceintes, atteintes de cette maladie, accouchent

d'enfants morts ou d'enfants qui ne tardent pas à succomber après leur naissance.

Il n'en est cependant pas toujours ainsi et l'on voit, au contraire, des femmes atteintes de phénomènes éclamptiques extrêmement graves donner naissance à des enfants vivants et ne se ressentant nullement dans la suite des terribles secousses qui ont précédé leur naissance.

Je me rappelle à ce sujet l'observation d'une femme atteinte d'éclampsie très grave, qui fut amenée mourante dans le service de M. le professeur Moussous, alors que j'étais son interne, c'est-à-dire en 1880.

Cette malade avait été prise de convulsions éclamptiques à Cestas, où elle était fille de ferme. Elle fut amenée à la Clinique sur une charrette et, pendant tout le trajet, les convulsions continuèrent, elle en eut encore un grand nombre après son arrivée à la Clinique; elle était alors enceinte de huit mois; au bout de quelques jours, elle revint à la santé et accoucha à terme d'un enfant vivant.

J'ai eu l'occasion de voir, il y a quelques années, sa fille âgée déjà de douze ans, elle jouissait d'une santé parfaite.

Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi et, comme je vous le disais tout à l'heure, nous voyons fréquemment des femmes ayant présenté de l'éclampsie, même légère, accoucher d'enfants morts.

Comment dans ces cas expliquer la mort du fœtus?

On peut en trouver souvent la cause dans l'examen du placenta.

On a constaté, en effet, que chez beaucoup d'éclamptiques, comme d'ailleurs chez la plupart des femmes albuminuriques, le placenta était le siège de foyers hémorrhagiques, récents ou anciens, qui réduisaient considérablement le champ de l'hématose. On comprend facilement que la mort du fœtus puisse dans bien des cas être la conséquence de pareilles lésions dans un organe qui préside pour lui aux fonctions nutritives et respiratoires.

Notre excellent maître, le professeur Pinard, a particulièrement insisté sur la fréquence de ces foyers hémorrhagiques chez les femmes albuminuriques. Mais ces lésions ne sont cependant pas constantes dans l'éclampsie et, malgré un placenta absolument sain, du moins en apparence, on voit souvent les enfants succomber avant leur naissance ou dans les quelques heures qui suivent.

Chez la malade qui fait le sujet de cette leçon, le placenta paraissait absolument sain; son examen extérieur, ainsi que les coupes qui ont été faites dans les divers sens, n'ont pas révélé le moindre foyer hémorrhagique ancien ou récent. Aussi n'avons-nous pas lieu de nous étonner d'avoir vu cette femme, malgré la gravité de son état, mettre au monde un enfant vivant, qui paraît jusqu'à présent en parfaite santé et qui pèse 4,400 grammes, c'est-à-dire un poids bien supérieur à celui de la moyenne des enfants à terme. Nous ne devons cependant pas être trop optimiste relativement au pronostic à porter sur l'état de cet enfant, l'observation nous ayant appris que les enfants d'éclamptiques succombent assez fréquemment dans les jours qui suivent leur naissance, sans que jusqu'à présent on soit exactement fixé sur les causes de la mort.

Il nous est arrivé plusieurs fois de faire la nécropsie d'enfants ayant succombé dans ces conditions et de ne constater aucune lésion bien nette de leurs organes. Dans un cas, cependant, notre ami, le Dr André Moussous, a pu constater dans les reins des lésions analogues à celles de la néphrite de l'adulte. Il serait particulièrement intéressant de rechercher du côté du foie du fœtus s'il n'existe pas là des lésions analogues à celles qui existent du côté du foie maternel dans l'éclampsie puerpérale, lésions aujourd'hui bien connues d'après les travaux de M. Pilliet, et que vous trouverez bien décrites dans la récente thèse de notre ami le Dr Bouffe-de-Saint-Blaise.

Il était naturel, enfin, de rechercher si, de même que l'on trouve chez les femmes atteintes d'éclampsie puerpérale une augmentation manifeste de la toxicité du sérum sanguin, on ne retrouvait pas la même altération du côté du sang du fœtus.

Ce n'est pas là une étude aussi simple qu'elle peut le paraître à première vue; aussi, malgré des recherches déjà longues, n'avons-nous encore à ce sujet que des résultats insuffisants que je dois cependant vous faire connaître.

Et d'abord, il était un premier point à établir. Quelle est à l'état normal la toxicité du sang du fœtus?

Si pour le sang de l'adulte nous pouvions prendre comme point de comparaison les expériences de Rummo, qui avaient fixé la toxicité de ce sang à l'état physiologique, rien de semblable n'avait été fait pour le sang fœtal et nous ne pouvions conclure, *a priori*, que sa toxicité est égale à celle du sang maternel.

Nous avons donc dû entreprendre préalablement l'étude de la toxicité du sang du fœtus à l'état normal.

C'est au laboratoire de la Clinique obstétricale de M. le professeur Tarnier que nous avons commencé nos recherches sur ce sujet, en 1892.

Le sang du fœtus était recueilli au moment de la section du cordon dans un vase stérilisé. Nous ne pouvions toutefois, sans compromettre la santé de l'enfant, lui soustraire du sang en laissant couler le bout ombilical du cordon et nous étions obligé de nous contenter de la petite quantité de sang qui s'écoulait du bout placentaire. Nous pouvions ainsi en recueillir quarante à cinquante centimètres cubes. Ce sang, une fois coagulé, le sérum était injecté à des lapins. Mais la petite quantité de ce sérum dont nous pouvions disposer ne nous permettait pas d'expérimenter comme nous l'avions fait pour l'adulte, en nous servant d'une série d'animaux. Nous devions le plus souvent nous contenter d'injecter ce sérum à en seul lapin et encore devions-nous le choisir de petite taille.

Cependant, en multipliant nos expériences, nous avons pu arrriver à cette constatation, c'est que l'injection intraveineuse de dix centimétres cubes de sérum du sang d'un fœtus né d'une mère bien portante amenait presque constamment la mort de 1 kilogramme de lapin. Nous avons pu cependant observer les différences assez sensibles dans la quantité de sérum de fœtus à injecter au lapin pour amener sa mort; ces différences doivent tenir sans doute à des phénomènes physiologiques en rapport avec la souffrance du fœtus pendant l'accouchement. Nous avons aussi injecté le sérum de fœtus nés de femmes albuminuriques et nous avons pu constater que les phénomènes morbides, pour une même dose de sérum injecté, étaient beaucoup plus prononcés que lorsque nous avions injecté du sérum de fœtus provenant de mères bien portantes.

Nous pouvons citer entre autres le cas d'une femme éclamptique, fortement albuminurique, que nous avons

observée l'année dernière dans cette clinique, le sang maternel s'était montré toxique à la dose minima de quatre centimètres cubes.

Deux lapins furent injectés avec le sang du fœtus, l'un à quatre centimètres cubes, l'autre à une dose moindre et ces deux lapins succombèrent presque immédiatement, de sorte que dans ce cas le sang fœtal était encore plus toxique que le sang maternel.

Dans le cas actuel, nous avons aussi recherché la toxicité du sang fœtal. Nous n'étions pas présent au moment de l'accouchement, mais M. le Dr Sabrazès a bien voulu se charger de recueillir pour nous le sang qui s'est écoulé du cordon ombilical au moment de la naissance.

Nous n'avons malheureusement pu avoir à notre disposition qu'une petite quantité de sérum que nous avons injectée à un lapin à la dose de quatre centimètres cubes. Or, ce lapin que vous pouvez voir devant vous est aujourd'hui tout à fait rétabli, tandis que vous apercevez à côté le cadavre de celui qui, au même moment, avait reçu la même dose du sang de la mère. Dans ce cas donc, le sang fœtal était moins toxique que le sang maternel.

Vous voyez, par cet exemple, Messieurs, combien cette question de la toxicité du sang fœtal est encore obscure; ce n'est qu'en multipliant les expériences que nous pourrons arriver à avoir à ce sujet des notions plus précises.

Permettez-moi, messieurs, en terminant cette leçon d'adresser mes remerciements bien sincères à mon cher maître, M. le professeur Moussous, qui a bien voulu ouvrir largement son service à mes recherches et qui, en me demandant de vous en exposer aujourd'hui le résultat, m'a prouvé une fois de plus l'intérêt qu'il veut bien y attacher.

FAITS CLINIQUES

Pyélo-néphrite. — Excitation vésicale. — Débridement du méat pour faire des lavages vésicaux et évacuation spontanée du pus rénal. — Amélioration. — Aggravation nouvelle quand le malade quitte le régime lacté. — Cessation brusque de l'évacuation du pus. — Accidents infectieux; mort.

Par A. Guépin, ancien interne des hôpitaux.

En présence de phénomènes d'excitation vésicale (fréquence des mictions, douleurs en urinant, pyurie plus ou moins marquée), il importe de ne faire le diagnostic de cystite qu'après examen attentif de tout l'appareil urinaire; cet ensemble symptomatique peut, en effet, résulter d'une influence réflexe partant de la prostate, des vésicules séminales (1), du rein parfois même, comme dans l'observation suivante.

Il y a pourtant bien longtemps que l'action réflexe du rein malade sur la vessie saine a été notée et signalée par les cliniciens. Avec Rayer (2), nous pourrions citer Morgagni (3), Bonet (4), Lowdell (5), Howship (6), qui crurent atteints de cystite intense et uniquement de cystite, des malades dont l'autopsie révéla l'intégrité de la vessie et des lésions rénales très accusées (pyélite avec calculs). Comme le fait justement remarquer M. Le Dentu (1); cette influence n'est pas spéciale à la lithiase rénale, mais se rencontre dans toutes les affections du rein déterminant une irritation vive de l'organe, et ce dire pourrait être appuyé de citations nombreuses (2). Rappelons seulement que le fait avait déjà été formulé d'un façon précise (3) : « Lorsqu'on ne trouve pas du côté de l'urèthre, de ses organes annexes (glandes, canal déférent, vésicules séminales), ou de ses organes de voisinage (rectum), la cause de l'excitation uréthrale seule ou de l'excitation vésico-uréthrale (cystite), il faut la chercher du côté des reins, même lorsqu'ils sont parfaitement indolents et du côté du système nerveux ».

Les troubles réflexes de la vessie, simulant la cystite, pourraient, suivant M. Bonneau (4), être facilement reconnus aux signes suivants : le cathétérisme est indolent et on peut avec la sonde toucher les parois vésicales sans provoquer de réactions; une pression au-dessus du pubis ne réveille aucune sensibilité; enfin, la vessie est insensible à la distension. Malheureusement, de tels signes font au moins souvent défaut et nous n'avons encore jamais pu les utiliser pour le diagnostic.

Voici l'observation du malade que mon maître le docteur Reliquet et moi avons observé l'année dernière :

Observation. — Amiral X..., sujet italien, âgé de soixante ans environ.

Aucun antécédent morbide héréditaire ou personnel n'est signalé par le malade.

Vient consulter à Paris, le 7 octobre 1893. Il accuse une incontinence active d'urine. Dans la journée, les envies d'uriner impérieuses ont lieu toutes les demi-heures, rarement toutes les heures. Quand il marche, elles paraissent être un peu moins fréquentes. La nuit, étant couché, les envies d'uriner sont incessantes. Quand, avant de s'endormir, le malade ne met pas sa verge dans l'urinal à goulot, le lit est complètement mouillé.

Ces troubles vésicaux remontent à trois années environ, et le début en a été progressif. Le malade ne leur attribue aucune cause notable. Jamais il n'a eu d'uréthrite, jamais il n'a rendu de graviers; il n'a non plus jamais eu de colique néphrétique.

Dans les multiples traitements qu'il suivit pour sa « *cystite* », les alcalins ont toujours dominé. Il a pris du bicarbonate de soude, du carbonate de lithine, du benzoate de soude; il a été envoyé à des stations d'eaux alcalines : il en est revenu plus souffrant.

Peu à peu les envies d'uriner se sont rapprochées, les urines devinrent de plus en plus purulentes, malgré l'emploi prolongé et successif de tous les balsamiques.

En même temps que se manifestaient les troubles vésicaux, le malade maigrissait et cet amaigrissement continuel, poussé actuellement au dernier degré, lui donne l'aspect d'un phtisique. L'examen du thorax est d'ailleurs absolument négatif.

(1) *De la colique spermatique.* Th. doctorat. Paris, 1894.

(2) Rayer : *Maladies des reins*, 1839, tome I, page 45. — Tome III, pages 92-93.

(3) Morgagni : *De sed. et causis morb.*, epistola XLII, § 4. — Itid, § 5.

(4) Bonet : *Sepulchretum*, lib. III, sect. XXVII, obs. X.

(5) Lowdell : *Memoirs of the medical Society of London*, vol. I, obs. XXIV.

(6) Howship : *A pratical Treatise, etc., of the most important complaints that affect the secretion and excretion of the urine.* London, 1823, p. 40.

(1) Le Dentu : *Affections chirurgicales des reins, etc.*, 1889, page 147.

(2) Morris (cité par Le Dentu) : *Surgical diseases of the Kidneys.* — Guillet (cité par Le Dentu) : *Bullet. de la Soc. Anat.*, 1887. Le Dentu : *Loco citato*, p. 525, obs. XXVIII, page 533. — Milner Moore (cité par Le Dentu) : page 552. — Lecorché : *Mal. des reins*, 1875 page 443 ; *Loco citato*, page 615. — Gargault : *Des cystalgies et de leur traitement chirurgical.* Th. doct., Paris, 1882, p. 28. — Bruhl : *Le rein mobile*, Gaz. des Hôp., 1892, p. 1 1, etc

(3) Reliquet : *Leçons sur les mal. des voies urinaires*, 1878.

(4) Bonneau (A.) : *De la compr. des uretères par l'utérus gravide.* Th. doct., Paris, 1893, n° 312.

A notre *premier examen*, le 9 octobre, les urines recueillies sont troubles avec un abondant dépôt de pus ; mais elles sont acides. La vessie est revenue sur elle-même, il n'y a pas de stagnation. La pression au-dessus du pubis et en arrière développe une sensation pénible de picotement qui se prolonge jusqu'à l'extrémité de la verge. Les testicules sont petits et paraissent sains, les épididymes présentent des nodosités à peu près indolentes au toucher et qui éveillent l'idée de la tuberculose ; le méat est étroit et placé haut sur le gland.

Au toucher rectal : La prostate ne présente aucune nodosité; elle est parfaitement symétrique, de consistance normale et d'un volume peu développé. La pression du doigt, même légère, sur la vessie revenue sur elle-même, provoque une douleur vive jusqu'à l'extrémité de la verge.

A l'exploration des reins : *à droite*, rien ; *à gauche*, légère voussure du flanc. Le doigt, appliqué en arrière dans l'angle costo-vertébral, provoque immédiatement une douleur intense. Par la palpation bimanuelle, on reconnait la présence d'une masse grosse comme le poing, rénittente, mate à la percussion dans toute son étendue, occupant le flanc et la région rénale quand le malade est couché sur le dos. Quand il se couche sur le côté droit, la matité du flanc est remplacée par une sonorité très nette.

Ainsi, le rein gauche est très probablement l'organe malade et le point de départ des accidents. Personne jusqu'à ce jour n'avait reconnu ou soupçonné l'état du rein.

Pour confirmer le diagnostic, après avoir soigneusement débarrassé l'intestin qui était encombré de matières fécales, nous faisons, le lendemain, un second examen. Le malade, très soulagé par l'évacuation des matières, a uriné moins souvent la nuit, n'a pas mouillé son lit et il a pu rester jusqu'à une heure et demie dans la journée sans uriner.

La palpation du flanc gauche donne exactement les mêmes résultats.

Une sonde en gomme coudée, numéro 17, est introduite dans la vessie ; la sensibilité du canal est très grande, cependant la sonde arrive sans difficultés dans la vessie. Il s'écoule une très petite quantité d'urine et immédiatement du sang pur. De l'eau boriquée tiède est injectée très lentement. A peine y en a-t-il 40 grammes dans la vessie que la douleur manifestée est excessive, sans que cependant la vessie se contracte. L'injection est arrêtée, le liquide revient teinté de sang. On laisse environ 20 grammes d'eau boriquée dans la vessie.

L'analyse des urines des vingt-quatre heures donne 19 grammes 30 d'urée par litre ; l'examen bacillaire du pus est négatif. Régime lacté absolu, le malade prend deux litres et demi de lait en vingt-quatre heures.

Le calme relatif après l'évacuation des matières ne persiste point ; les envies d'uriner redeviennent aussi fréquentes, douloureuses, et le malade se plaint d'une pesanteur continuelle en arrière du pubis. Nous ne pouvons songer à faire des lavages de vessie directement, même avec la sonde molle en caoutchouc en raison de la sensibilité de l'urèthre et de l'excitation vésicale. Nous pensons à faire des irrigations de l'urèthre et de la vessie avec l'appareil Reliquet. Pour cela, il faut que le méat soit large. Le 13 octobre, le débridement du méat est fait à la cocaïne ; le malade ne sent rien. La cicatrisation se fait régulièrement.

Le lendemain (14 octobre) dans la matinée, nous trouvons dans le vase une quantité de pus considérable, environ deux grands verres, pus lié, crémeux, ressemblant à celui d'un abcès chaud, mais d'une odeur fétide de macération anatomique. Le malade ne souffre plus du côté gauche. En effet, la voussure a disparu ; à la palpation on ne retrouve plus rien, ni sensibilité, ni tumeur ; la matité a également disparu (1).

Cinq jours après, on commence les irrigations uréthro-vésicales, le malade étant assis sur une chaise. Un litre d'eau boriquée passe par la vessie et l'urèthre ; le malade en éprouve un soulagement considérable et le lendemain, il n'y a plus de douleurs en urinant et la pesanteur en arrière du pubis a complètement disparu.

Depuis la veille du jour où commencèrent les irrigations, le malade — à notre insu — abandonne le régime lacté. Il ne boit plus de lait depuis le 19 octobre. Le 21 octobre, les urines, de 2 litres par 24 heures, tombent à 800 grammes environ. Elles sont très chargées de pus, sanguinolentes et nettement ammoniacales. Les douleurs pour uriner reparaissent aussi vives qu'au début. En pressant le malade de questions, il avoue avoir supprimé le lait depuis le 19 octobre.

Il consent néanmoins à revenir au régime lacté absolu. Dès le lendemain, le sang disparaît, les urines sont toujours chargées de pus, mais il n'y a pas d'odeur ammoniacale et la réaction de l'urine est acide.

Pendant tout le temps où le malade a cessé le régime lacté, les lavements n'ont point été donnés chaque jour comme nous l'avions ordonné. Il en résulte une constipation absolue qui cède aux lavements pour être suivie d'une diarrhée abondante persistant pendant 24 heures et qui cesse après la prise de bols contenant sous-nitrate de bismuth et diascordium, de chaque vingt centigrammes. Après quelques tâtonnements, il est possible de reprendre les lavages vésicaux.

De nouveau amélioré, le malade supprime les lavements : la constipation reparaît suivie d'une véritable débâcle qui l'affaiblit considérablement. Il se refroidit, ne peut plus quitter le lit où il doit être sans cesse entouré de bouillottes ; il comprime son ventre avec les mains inclinant en avant le tronc que soutiennent des oreillers et il dit éprouver dans cette attitude un calme relatif.

La langue est toujours restée bonne, sans rougeur, ni sécheresse anormales. Il n'y a pas de muguet. Il va sans dire qu'à ce moment nous autorisâmes le vin blanc ou le champagne coupé d'eau, le kirsch dans le lait, etc.

Le 31 octobre, dans la nuit, le malade était couché horizontalement (2) — ce qu'il ne faisait point d'ordinaire, conservant le plus possible l'attitude que nous décrivions plus haut — lorsqu'il est pris d'un refroidissement subit sans frisson. Depuis plusieurs heures il n'urine plus ; il n'a rendu qu'un peu d'urine et elle ne contient pas de pus.

L'exploration du rein gauche révèle alors une collection rénale, mate, fluctuante, occupant la même place que la tuméfaction du début. Les jours suivants, la collection augmente, les urines restent claires.

Le 1er novembre, à 4 heures, frisson violent ; température, 38°6 (pour la première fois) ; anxiété générale très grande. La réaction se produit, mais la respiration est haletante (48 respirations par minute), le pouls très irrégulier. De temps en temps, il y a une inspiration profonde suivie d'un temps d'arrêt, sans toutefois qu'il y ait là un rhythme manifeste.

Le 2 novembre, les accidents infectieux s'aggravent encore et la mort a lieu le 3.

(1) « Voilà plusieurs fois, me dit M. Reliquet, qu'après le débridement du prépuce ou du méat trop étroits, dans le cas de collection puruleute rénale, je vois l'évacuation du pus suivre immédiatement cette petite opération. »

(2) Il semble que la position horizontale ait déterminé la rétention du pus dans le bassinet.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

I. — **Le stérésol (vernis antiseptique) et ses applications spécialement dans la diphtérie**, par Eugène Aschkinazi. Th. Paris, 1893.

II. — **De la caféine et de ses indications dans certaines maladies aiguës chez les enfants**, par Maurice Bruneau. Th. Paris, 1894.

III. — **Contribution à l'étude du salicylate de mercure dans le traitement de la syphilis**, par Adam Galeriu. Th. Paris, 1893.

IV. — **Traitement de la tuberculose par les sels de cuivre**, par Ernest Luton. Th. Paris, 1894.

V. — **De la duboisine : son action physiologique, son emploi en neuropathologie et en psychiatrie**, par Georges Granferry. Th. Paris, 1894.

VI. — **De l'emploi des agents physiques et en particulier du massage dans le traitement des dyspepsies**, par Fernand Cautru. Th. Paris, 1894.

VII. — **Etude sur les eaux minérales sulfatées-chlorurées sodiques froides d'Ydes** (Cantal). Th. Paris, 1893.

VIII. — **Du bromure d'éthyle**, par E. Pouchin. Th. Paris, 1894.

IX. — **Contribution à l'étude du bromure d'éthyle comme anesthéeique général**, par Marcus Fraenkel. Th. Paris, 1894.

X. — **Antisepsie et asepsie chirurgicales**, par le Dr A. Reverdin, professeur à la Faculté de médecine de Genève (Bibliothèque Charcot-Debove).

I. — Les nouvelles médications employées contre la diphtérie n'ont pas démenti l'accusation d'impuissance qui était portée contre les traitements anciens. La théorie se glorifie de détruire les foyers d'infection qui partent de la gorge : ablation des fausses membranes, raclage à outrance, voilà ce qu'il faut faire. Pour notre part, nous avons obéi à l'injonction. Le résultat a été piteux.

En 1892, la diphtérie a sévi dans les arrondissements de Saint-Claude et de Nantua. Irrigations antiseptiques, badigeonnages au phénol sulforiciné, à la mixture de Gaucher, rien n'était épargné. Les enfants succombaient; ils guérirent un peu plus tard quand la diphtérie diminua de gravité; seulement des enfants voisins, dont les fausses membranes ne furent pas touchées, guérirent aussi facilement. Martyriser de pauvres petits êtres, sans être assuré du bénéfice que leur vaut la torture du traitement local, tel semble être le bilan de la thérapeutique à laquelle nous-même et nos confrères de la région, nous étions scrupuleusement conformés. Voici le stérésol, une façon de vernis antiseptique dont la formule est due à M. Berlioz de Grenoble. Vaut-il mieux que le phénol sulforiciné qui était déjà un topique de choix? M. Aschkinazi l'affirme. Deux ou trois badigeonnages par jour suffisent, dans l'intervalle desquels on fait des lavages à l'eau phéniquée à 1/100. A l'hôpital des Enfants-Malades, on se montre très satisfait de ce nouveau topique.

II. — Dans les cas de diphtérie toxique, alors qu'en quelques heures le pouls devient incomptable, les injections sous-cutanées de caféine n'ont guère d'action; elles exercent des effets remarquables dans la fièvre typhoïde, la broncho-pneumonie et dans d'autres affections aiguës avec retentissement du côté du cœur. Elles rendent encore des services, au cours de l'emploi des bains froids, en prévenant le collapsus et la syncope. Tout cela, nous le savions un peu; M. Bruneau a jugé utile de nous le répéter.

III. — A ceux qui éprouvent le besoin de renouveler de temps à autre leur arsenal médicamenteux emménagé contre la syphilis, M. Galeriu offre un nouveau produit que M. Balzer a le premier employé en France : le salicylate de mercure. On l'injecte sous la peau à la dose de 5 centigrammes; la formule de l'injection est de 1 gramme de salicylate de mercure pour 10 centimètres cubes d'huile de vaseline. Deux à quatre injections pratiquées de cinq jours en cinq jours sont en général suffisantes pour traiter les accidents primitifs, secondaires ou tertiaires en cours d'évolution, mais non pour empêcher les récidives. Ni abcès, ni stomatite, rapidité d'action sont les avantages de cette méthode de traitement qu'on ne continuera pas pendant tout le cours de la maladie. Dès que les manifestations syphilitiques les plus intenses auront disparu, on reviendra à la médication par le tube digestif.

IV. — Faites préparer l'ordonnance suivante :

1° Phosphate de soude	5	grammes.
Eau glycérinée (à parties égales)	60	—

Faites solution.

2° Acétate de cuivre	1	gramme.
Eau glycérinée (à parties égales)	40	grammes.

Faites solution. — Mêlez les deux solutions sans filtrer. Injectez un gramme de ce mélange à un tuberculeux, il se produira une réaction locale : congestion dans le lupus, douleurs plus vives au niveau des articulations malades, recrudescence de la toux et de l'expectoration en cas de tuberculose pulmonaire; avec cela un mouvement fébrile dont l'apparition constitue un facteur important dans le diagnostic de la tuberculose nous renseignera sur l'intensité de la réaction générale.

Réaction locale et réaction générale sont toujours modérées et ne se prolongent pas au delà de quelques jours et les ulcérations tuberculeuses guérissent même si l'on remplace les injections sous-cutanées par une pommade à l'acétate de cuivre au millième; les adénopathies tuberculeuses se résorbent même si l'on se contente de prescrire l'acétate de cuivre à l'intérieur; les coxalgiques au début sont débarrassés de leur claudication après une ou deux injections pratiquées dans la région rétro-trochantérienne. Quand l'arthrite est suppurée, les fistules sont taries avec des lavages au moyen d'une solution d'acétate de cuivre au millième; même succès dans le mal de Pott et les tuberculoses osseuses en général; triomphe éclatant dans la tuberculose du testicule. Et nous n'exagérons pas : l'auteur relate de nombreuses observations recueillies dans les services de M. de Saint-Germain, à Paris, dont il était l'interne, de M. Ménard, à Berck, dont il a aussi été l'interne, et ces documents auxquels s'adjoignent d'autres faits que lui a communiqués son père, M. Luton (de Reims), ne laissent pas que d'impressionner vivement le lecteur. Relativement aux succès que donne la médication cuprique dans la tuberculose pulmonaire, nous nous montrerons plus circonspects : dans nombre de cas, l'examen bactériologique n'a pas été pratiqué et lorsque les signes de ramollissement tuberculeux ne laissent aucun doute au diagnostic, l'amélioration obtenue ne s'impose pas comme une conviction. L'auteur termine son remarquable mémoire par l'histoire d'une méningite tuberculeuse observée chez un adulte et qui aurait guéri après l'injection hypodermique d'un centigramme d'acétate de cuivre ammoniacal. Là encore le diagnostic posé ne nous semble pas indiscutable.

V. — De toutes les propriétés de la duboisine, la mieux connue et celle dont les applications thérapeutiques sont les plus usuelles est l'action de produire la mydriase et de modifier l'accommodation visuelle. De plus, la duboisine agit sur le système nerveux (vertiges, assoupissement, coma, céphalalgie, impuissance musculaire, diminution de la sensibilité); elle donne lieu à des troubles circulatoires (accélération du pouls, phénomènes vaso-moteurs, rubéfaction de la peau); elle active la respiration, dessèche les sécrétions de la salive et de la sueur à la manière de l'atropine. Après MM. Mabille, Lallemant, Marandon de Montyel, etc., M. Deny a essayé la duboisine dans son service d'aliénés de Bicêtre. Le médicament était employé aux doses de un milligramme en injections hypodermiques. Calme immédiat consécutif. L'effet sédatif dure une heure à deux heures au minimum et peut

se prolonger plus longtemps. L'effet hypnotique est en général plus difficile à obtenir. Les malades sur lesquels M. Grandferry a utilisé cette médication dans le service de M. Deny, à Bicêtre, ont perdu l'appétit, se sont dénourris et affaiblis considérablement ; d'où le précepte de ne jamais administrer la duboisine trop longtemps. Quelques expériences sur l'action de la duboisine ont été pratiquées par l'auteur sur des chiens dans le laboratoire de M. Laborde.

VI. — Les dyspeptiques n'ont pas à se plaindre ; que de sollicitude pour alléger leurs misères ! La thérapeutique les traite en enfants gâtés et s'enquiert avec anxiété de leur chimisme stomacal. Y a-t-il ralentissement dans l'évolution de la digestion, vite M. Cautru accourt et propose le massage. Massage superficiel, c'est-à-dire effleurement léger de la région gastrique pratiqué par manœuvres interrompues faites avec la pulpe des doigts, massage profond qui est pratiqué par Rubens Hirschberg de la façon suivante : les doigts d'une main étant écartés, les doigts de l'autre main sont placés dans les espaces interdigitaux des premiers et se promènent sur l'estomac, le pressent, le malaxent, le vident de son contenu. Et les malades bénissent MM. Hirschberg et Cautru. La dilatation disparaît (action du massage sur l'élément musculaire) ; leur douleur s'apaise (action sur l'élément nerveux) ; leur diurèse augmente (action sur la circulation) ; leur chimisme est modifié, les valeurs trop élevées sont abaissées, les valeurs insuffisantes sont élevées (action sur l'élément glandulaire).

Les seules contre-indications du massage de l'estomac sont, outre l'ulcère en activité et le cancer, la plupart des dyspepsies qui s'accompagnent d'accélération de l'évolution digestive. Dans ces cas, M. Cautru s'abstient. Sa conduite est à imiter et son curieux mémoire à lire.

VII. — Sulfatées-chlorurées-sodiques, gazeuzes, froides : telles sont les eaux d'Ydes, dans le département du Cantal. M. Béal, un compatriote de la source, nous en vante les vertus.

En quoi il n'a pas tort. Déjà M. Rotureau, dans le Dictionnaire encyclopédique, nous avait appris que les eaux d'Ydes pouvaient remplacer avantageusement beaucoup d'eaux minérales sulfatées-sodiques de France et de l'étranger. A la dose de un à deux verres le matin, elles stimulent les fonctions digestives, activent la sécrétion des glandes salivaires, provoquent l'appétit ; en quantité plus considérable, elles purgent et sont diurétiques. Surtout indiquées dans le traitement de l'obésité et de la lithiase biliaire, les eaux d'Yves conviennent encore aux constipés, aux goutteux, aux graveleux. Les tuberculoses locales, certaines formes d'eczéma chronique, de dyspepsie avec catarrhe de l'estomac, sont également améliorées par l'usage de ces eaux. Et c'est sans arrière-pensée que l'auteur nous énumère ces avantages. Autour d'Yves, il n'existe pas d'établissement qui puisse profiter de la réclame.

VIII et IX. — L'éther est-il supérieur au chloroforme ? A Lyon et à Genève on en a été convaincu ; à Paris on le croira bientôt. Du bromure d'éthyle, on en parle beaucoup moins. MM. Pouchin et Fraenkel s'élèvent contre cette injustice.

Le bromure d'éthyle amène une narcose très rapide ; les dangers qu'il fait courir sont dus à des doses excessives, ou à des impuretés du médicament. On usera du bromure d'éthyle pour les opérations de courte durée, le sommeil qu'il provoque étant très passager. Que si l'opération est plus sérieuse, on commence l'anesthésie par le bromure d'éthyle et, dès que le malade est insensible, on remplace le bromure d'éthyle par le chloroforme que l'on administre suivant les règles habituelles.

X. — Dans ce volume se donnent rendez-vous les qualités coutumières de l'auteur : clarté d'exposition, style alerte, précision des détails techniques. Des conseils d'une haute portée pratique trouvent place à chaque page. On lira avec fruit les chapitres sur la salle d'opérations, la table d'opérations, la toilette du chirurgien et de ses aides, etc. S'est-on déjà demandé si, au cours d'une opération, le chirurgien a droit de tirer son mouchoir de poche « grave question, surtout par les temps froids, car s'il est des besoins auxquels on peut surseoir, celui de se moucher est parfois si imprévu qu'il force pour ainsi dire la main. Bien heureux est-on si quelque éternuement intempestif, menaçant précurseur de l'orage, n'augmente pas le péril. De deux maux préférant le moindre, le mieux est de débarrasser la muqueuse nasale des produits qui menacent la plaie, et cela, rapidement, au moyen d'une compresse aseptique qui sera jetée sur le champ. Une désinfection rapide de la main coupable sera de bonne précaution ». Un des chapitres les plus curieux de l'ouvrage a trait aux exagérés de l'antisepsie. Si, en chirurgie, il n'est pas de petites précautions, il en est d'inutiles et parfois de néfastes. Inutiles les installations luxueuses ; néfaste l'habitude d'abuser des solutions phéniquées fortes qui jambonnent les tissus. Raillant cette clinique espagnole où le chirurgien et ses aides opèrent dans une salle hermétiquement close par une cloison de verre derrière laquelle se tiennent les élèves désireux de parfaire leur éducation chirurgicale, l'auteur ajoute : « Le jour viendra peut-être où les étudiants, jugés trop infectieux, seront invités à rester chez eux et à ne participer à l'enseignement que par l'intermédiaire du téléphone. A cette même époque, âge d'or de l'antisepsie, les opérateurs, le corps entièrement rasé et couvert d'un émail facile à désinfecter, les orifices naturels soigneusement obstrués avec du coton stérilisé, respireront dans un masque de verre en communication directe avec des flacons laveurs placés dans la cour de l'hôpital ». En somme, livre toujours instructif, parfois amusant qui marque d'un cachet d'originalité un sujet dont la banalité était un écueil à redouter.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 août.

Résultats post-opératoires de la cholécystostomie et de la cholécystentérostomie.

M. Dujardin-Beaumetz lit un rapport sur une observation communiquée à l'Académie par M. Fontan (de Toulon) et ayant pour titre : *Relation d'un cas de cholécystostomie pour lithiase biliaire avec cathétérisme et désobstruction des voies biliaires par des injections d'éther.*

Le rapporteur déclare qu'il va mettre de côté l'opération en elle-même pour ne s'occuper que des conditions physiologiques dans lesquelles se trouvent les malades après l'une et l'autre de ces deux opérations.

Il y a dans la cholécystentérostomie un inconvénient sérieux, c'est l'infection des voies biliaires par les microorganismes de l'intestin qui se traduit par des phénomènes analogues à ceux de la fièvre intermittente. Ces accès de fièvre, présentant d'ailleurs les trois stades bien connus, durent environ de quatre à six heures, se précèdent de courbature générale et s'accompagnent quelquefois de vomissements, de douleurs d'estomac et d'un grand affaiblissement des forces.

Mais leur apparition très irrégulière et leur résistance au sulfate de quinine, quelle que soit la dose employée, les distinguent très nettement des accès de la fièvre intermittente vraie.

De plus, ces accès s'accompagnent d'un affaiblissement général et d'un état de coloration des tissus caractérisés par de la mélanodermie, qui fait ressembler les individus, ainsi atteints d'infection hépatique par voie intestinale, aux individus atteints de cachexie palustre.

Le malade prend quelquefois une teinte subictérique due à l'ictère infectieux qui accompagne l'accès fébrile. Dans les urines on

rencontre de la bilirubine et de l'urobiline pendant les périodes d'accès.

Ces accès de fièvre survenant aussitôt l'opération sont de la plus haute gravité et entraînent presque constamment la mort du malade. Si, au contraire, ils sont tardifs et surviennent deux ou trois mois après l'opération, le malade est dans un état de plus grande résistance et ne succombe pas immédiatement comme dans le cas qui précède, mais son foie se trouve infecté plusieurs fois successivement, les cellules hépatiques perdent leur bon fonctionnement et le sujet devient facilement la proie d'une maladie intercurrente.

Le sulfate de quinine, le régime alimentaire, les antiseptiques intestinaux ne parviennent pas à faire disparaître ces accès. C'est à peine s'ils les atténuent dans une certaine mesure.

Plus tard seulement, lorsque la vésicule s'est transformée en trajet fistuleux, l'infection hépatique peut disparaître. Mais il a fallu des mois et des années pour cela.

L'infection hépatique par les voies biliaires, n'est pas à craindre dans la cholécystostomie; en revanche, il peut se produire une fistule biliaire cutanée dont la persistance entraîne des inconvénients non moins graves. C'est pour les éviter que beaucoup de chirurgiens ont proposé, après la cholécystostomie, le cathétérisme des voies biliaires. Mais des hémorrhagies peuvent survenir, qui augmentent les dangers de l'opération.

Quant aux injections d'éther associées par M. Fontan au cathétérisme des voies biliaires, M. Dujardin-Beaumetz pense qu'il faut observer la plus grande prudence dans l'emploi de cette méthode et ne la réserver que pour certains cas exceptionnels lorsqu'il s'agit, à proprement parler, de calculs biliaires, par exemple.

D'ailleurs, on a rapporté à la Société de Chirurgie des cas où le canal cholédoque oblitéré avait de lui-même repris ses fonctions après la cholécystostomie. La disparition du calcul avait alors supprimé la cause de l'inflammation des conduits biliaires en favorisant la régression des produits inflammatoires.

Enfin, M. Dujardin-Beaumetz pense qu'il faudra cependant, malgré ces succès de la cholécystostomie, lui préférer la cholécystentérostomie lorsqu'il n'y aura pas d'espoir de voir les fonctions du cholédoque se rétablir.

Mortalité infantile et causes de la dépopulation de la France.

M. Cadet de Gassicourt lit un rapport sur un travail de M. Vidal (d'Hyères), relatif aux résultats de l'enquête à laquelle il s'est livré au sujet de la mortalité des enfants dans le département du Var pendant la dernière période décennale.

A ce propos, dit le rapporteur, qui insiste sur la nécessité qu'il y a d'appliquer rigoureusement la loi Roussel, bien que cette loi soit insuffisante, nous ignorons les causes de cette mortalité effrayante des enfants. Il y aurait lieu de dresser des statistiques sérieuses où seraient relatés l'âge et le sexe des décédés, et, avant tout, les causes de décès. On pourrait alors combattre la dépopulation de la France d'une manière plus efficace, car, si la diminution de la natalité échappe fatalement à nos attaques, nous pouvons et nous devons au moins chercher à combattre les causes de la mortalité des enfants.

M. Javal. — Nous ne sommes pas vis-à-vis de la natalité aussi impuissants que M. Cadet de Gassicourt veut bien le dire. Le médecin, étant l'ami et le conseiller des familles qu'il soigne, peut chercher à combattre la stérilité volontaire qui est certainement le principal agent de la diminution de la natalité.

M. A. Guérin. — La stérilité volontaire n'est pas, je crois, le principal agent de l'abaissement de la natalité en France, du moins dans les campagnes. Les paysans ont presque tous de nombreux enfants.

M. Charpentier. — Les statistiques de la mortalité infantile, faites à des points de vue tout différents, se contredisent et ne permettent pas de tirer des conclusions précises pour lutter contre les causes de cette mortalité. La moyenne varie, où qu'on l'étudie, de 7 à 11 pour 100. C'est là un chiffre évidemment trop élevé et je reste convaincu que la stérilité volontaire en est la cause principale.

M. Lagneau. — Je suis de l'avis de M. Charpentier et de M. Javal en ce qui concerne la stérilité volontaire, mais je déclare que son influence varie dans chaque département. Plus le pays est pauvre, plus la terre y est morcelée et plus la natalité y est faible.

M. Pinard. — J'ai souvent assisté des femmes devenues enceintes peu de temps après avoir perdu un enfant de dix à douze ans. Toutefois, je ne généraliserai pas la stérilité volontaire autant que le fait M. Charpentier.

M. Charpentier. — La fréquence des avortements et la diffusion de l'alcoolisme sont des causes dont on ne tient pas assez fréquemment compte dans la question de l'abaissement de la natalité.

Il résulte, en effet, du travail d'un médecin d'Auray, que les familles d'ivrognes disparaissent après deux ou trois générations.

M. Lannelongue. — On doit incriminer l'influence de l'alcoolisme sur la natalité, mais cette influence est encore loin de l'exactitude.

Il y a des départements, tels que le Gers, où la natalité moyenne est très faible malgré la petite quantité moyenne de l'alcool consommé. Dans d'autres, la Seine-Inférieure par exemple, la consommation d'alcool est très élevée, la natalité l'est aussi.

LETTRES DE PROVINCE

Le typhus exanthématique à Bordeaux.

M. Verdalle, médecin des hôpitaux de Bordeaux, vient de communiquer à la Société de Médecine et de Chirurgie de cette ville une observation de typhus exanthématique.

Le typhus étant une maladie rare et d'un diagnostic difficile au début, il est intéressant de prendre note de cette observation. D'autre part, cet intérêt s'affirme devant les données étiologiques apportées à la Société par l'auteur et par plusieurs de ses collègues.

Le malade de M. Verdalle était un jeune homme de vingt ans, infirmier dans l'une de ses salles, et qui lui fut présenté par ses élèves comme atteint d'une fièvre typhoïde. Ce malade avait, en effet, tous les premiers symptômes de la dothiénentérie : céphalalgie, grosse rate, ballonnement du ventre, douleur dans la fosse iliaque droite, congestion des bases des poumons, diarrhée et hyperthermie.

Mais ce n'est pas tout. Son corps tout entier, en dehors de la face, était recouvert de « taches rosées, légèrement papuleuses et arrondies », faisant tout d'abord penser à une éruption confluente de taches rosées lenticulaires. Il avait, de plus, la gorge et l'arrière-gorge envahies par « une rougeur diffuse, de teinte claire, avec un peu de desquamation, blanchâtre, sans ulcération à proprement parler ».

A quoi fallait-il penser devant pareille éruption, s'accompagnant, en réalité, de symptômes typhiques graves ?

Cette éruption, dit M. Verdalle, se montrait trop intense et surtout trop proche du début de la maladie pour être considérée comme une éruption même confluente de taches rosées lenticulaires. Était-ce une scarlatine; était-ce une rougeole maligne ? La première supposition n'était pas plausible; la scarlatine a un début brusque à grand fracas; l'éruption scarlatiniforme se présente sous forme de taches disposées en nappes rougeâtres, sans saillie ; or, le malade en question avait eu une période de fièvre et de courbature d'une huitaine de jours avant d'offrir les symptômes ty-

phiques ; d'autre part, son éruption était franchement saillante et papuleuse.

La scarlatine étant écartée, M. Verdalle ne devait plus penser qu'à la rougeole maligne. Et il y pensa d'autant mieux que l'on venait de signaler, dans le département, une épidémie de rougeole maligne, ayant emporté une dizaine d'enfants dans l'espace de huit jours. Ce fut donc pour une rougeole maligne, mais une rougeole maligne *sortant mal*, qu'il se prononça. Des affusions froides à l'extérieur, des toniques à l'intérieur : tel fut le traitement auquel le malade fut soumis.

Le lendemain du jour où M. Verdalle avait porté ce diagnostic de rougeole maligne, l'éruption, peut-être plus pâle, n'avait cependant pas changé de caractères. Le malade avait toujours la température élevée (39° et 40°) des jours précédents, avec rémission intestinale d'un demi-degré. Il délirait pendant la nuit, il avait de la photophobie, la diarrhée était moins forte, la douleur dans la fosse iliaque droite moins vive, la gorge obstruée de mucosités.

Mais le deuxième jour, un exanthème scarlatiniforme a fait place à l'exanthème rubéolique. Ce ne sont plus des papules saillantes, mais des papules effacées, irrégulières, sans saillie, avec quelques pétéchies éparses. Toujours les mêmes symptômes typhiques, dont quelques-uns moins nets, tels que la diarrhée et le symptôme iliaque, accompagnent l'éruption.

On ne pouvait cependant pas, sans tomber dans la pure fantaisie, supposer qu'une scarlatine maligne venait, dans si peu de temps, de succéder à une rougeole maligne. Mais, devant cet exanthème aux caractères fugaces, M. Verdalle pensa tout de suite au typhus exanthématique et son opinion fut corroborée par celle de ses collègues. Le malade fut donc isolé et mourut, au bout de quatre ou cinq jours, avec sa forte fièvre et son exanthème.

L'observation de M. Verdalle présente une symptomatologie et des éléments de diagnostic intéressants. Il convient, de plus, d'en noter le côté étiologique et de faire remarquer qu'une personne, ayant travaillé en commun avec l'infirmier en question, fut prise, en même temps que lui, de symptômes analogues bien que moins intenses. Tous les deux avaient ensemble mis en ordre les effets d'un vagabond, entré à l'hôpital pour se reposer, et s'étaient fortement sentis incommodés par l'odeur répugnante que ces effets dégageaient.

Enfin, simultanément, plusieurs cas de typhus exanthématique étaient signalés à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, l'un notamment par MM. Vergely et Arnozan dont le sujet provenait de la même maison qu'un second malade, observé par M. Verdalle quelques jours après le cas qui vient de nous occuper.

Il résulte de ces faits un enseignement symptomatologique de la plus haute importance et une nouvelle preuve de la grande contagiosité du typhus exanthématique.

LETTRE D'ALLEMAGNE

Du traitement de la diphtérie par l'antitoxine.

A propos du rapport fait à la Société de Médecine Berlinoise par M. le Dr Katz, et dont nous avons récemment publié un résumé succinct (*V. Gaz. Méd. 1894, page 353, n° 30*), nous reviendrons aujourd'hui sur le traitement de la diphtérie par l'antitoxine d'Aronson.

M. Baginsky a traité cent soixante-trois cas de diphtérie par l'antitoxine d'Aronson, il a perdu vingt et un malades, ce qui donne une mortalité moyenne d'environ treize pour cent.

Cependant, les propriétés de l'antitoxine ne sont pas à contester ; mais tous les cas ne cèdent pas devant elle. Son action est nulle dans les cas de diphtérie infectieuse et dans les cas de complications cardiaques malignes de la diphtérie.

Toutefois, la pratique de cette antitoxine n'est pas encore très longue et l'on ne saurait porter un jugement définitif sur la valeur de ce nouvel agent thérapeutique.

Sait-on comment M. Aronson, créateur de l'antitoxine qui porte son nom, fut conduit à se servir du sérum sanguin antitoxique contre la diphtérie? M. Aronson a d'abord exalté la virulence des bacilles de Loeffler pour augmenter l'immunisation du sérum. Il a pu, par la voie des cultures, rendre leur virulence cinquante fois plus forte. Il a ainsi obtenu des toxines d'une activité maxima qu'il a injectées chez le cheval pour avoir un sérum qui possédât la plus grande puissance d'immunisation.

L'expérience a montré qu'il faut 0 c. c. 0025 d'antitoxine pour détruire l'action de la même quantité de virus diphtéritique.

M. Aronson, depuis sa découverte, s'est servi de l'antitoxine (en solution à 0.0025 0/0) chez tous les enfants pour les rendre réfractaires à la maladie. Parmi ces enfants, quelques-uns ont eu cependant la diphtérie, mais c'était une diphtérie légère et qui n'a pas mis leur vie en danger. Ceux qui sont morts après avoir subi le traitement de l'antitoxine étaient des enfants malades depuis plusieurs jours déjà quand ils subirent le traitement.

Enfin, M. Aronson confirme par les résultats qu'il a obtenus la statistique publiée par M. Baginsky, d'après laquelle la mortalité s'est abaissée de 25 0/0 à 13 0/0.

Cependant, M. Ritter ne considère pas comme très probantes les expériences qui ont été faites dans les hôpitaux. Il pense que les substances antiseptiques, quelles qu'elles soient, ont une action heureuse dans la diphtérie, à la seule condition que les tissus n'aient pas encore été infectés par le bacille de Loeffler. L'on ne saurait, d'autre part, promulguer des résultats affirmatifs après la bénignité relative de la dernière épidémie diphtéritique.

LES LIVRES

Chez Thorin et fils, éditeurs, 4, rue Le Goff.

Manuel juridique des médecins, des dentistes et des sages-femmes, exercice de la médecine, de l'art dentaire et de l'art des accouchements, par Louis Pahon, juge de paix du 3e canton de la ville de Bordeaux, rédacteur en chef du journal des arrêts de la Cour d'appel de Bordeaux. Un volume in-18 jésus. — Prix, *franco* : 3 fr. 50.

A peine la nouvelle loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, de l'art dentaire et de l'art des accouchements vient-elle d'être mise en vigueur, qu'elle donne lieu à des difficultés d'interprétation. Il ne faut pas s'en étonner, car la plupart des dispositions de la loi sont essentiellement différentes des anciens règlements. Le délit d'exercice illégal de la médecine affecte une forme toute nouvelle aussi bien au point de vue des éléments qui le composent qu'à celui des peines qui le répriment. La profession de dentiste qui, jusqu'ici, pouvait être exercée sans diplôme, est aujourd'hui soumise, comme l'exercice de la médecine, à une réglementation sévère. Enfin, la nouvelle loi a touché à la question des honoraires des praticiens et aux règles professionnelles.

Le droit médical a ainsi subi une transformation complète qui exige des commentaires nouveaux.

Celui de M. Pahon, que nous avons l'honneur de présen-

ter au public, à l'avantage de faire connaître, dans un format commode à consulter et pour un prix modique, toutes les questions juridiques qui peuvent embarrasser les médecins, les dentistes et les sages-femmes dans l'exercice de leur profession. Le secret médical est l'objet d'une étude approfondie ; les cas de conscience qui placent les médecins dans des situations parfois douloureuses sont examinés et résolus de manière à concilier la règle du secret avec la raison juridique et les sentiments d'humanité. Les diverses formes de l'exercice illégal de la médecine et de la profession de dentiste et de sage-femme sont étudiées avec soin. Les questions d'honoraires, les actions qui y sont attachées et la procédure pour les mettre en mouvement sont indiquées avec d'abondantes citations d'arrêts de jurisprudence. La comptabilité médicale que la jurisprudence des tribunaux impose aux médecins, les cessions de clientèle, la concurrence déloyale, la responsabilité professionnelle, les certificats médicaux, les incapacités de recevoir des malades, le rôle des médecins dans le placement des aliénés dans les maisons de santé, les expertises médico-légales donnent lieu à des chapitres du plus haut intérêt pour les praticiens.

En un mot, tout ce qui touche au droit médical est étudié dans le livre de M. Pabon avec l'ampleur que comporte un sujet si important.

C'est pourquoi nous pensons que ce Manuel a sa place marquée dans toutes les bibliothèques de jurisconsultes, de médecins, de dentistes et de sages-femmes.

Société d'Editions scientifiques, place de l'Ecole-de-Médecine, 4, rue Antoine Dubois.

De l'hystérectomie vaginale, appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus (opération de Péan), par le Dr Emile Baudron, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, avec une préface du Dr Paul Segond et 38 figures dont 12 hors texte. Prix : 10 francs.

Il est peu de questions chirurgicales qui aient soulevé autant de discussions passionnées que l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des lésions annexielles bilatérales. Aussi le livre du Dr Baudron vient-il à point pour fixer définitivement la valeur de cette méthode qui, imaginée par le Dr Péan, a été vulgarisée avec tant de talent et de conviction par le Dr Segond.

Après un historique complet de la question, l'auteur étudie avec détail, dans le deuxième chapitre, le manuel opératoire applicable à l'opération de Péan. Les divers procédés de Péan, de Segond, de Quénu, de Doyen, y sont successivement décrits. Douze figures originales, hors texte, reproduisent avec fidélité les différents temps de l'opération, exécutés d'après le procédé de Segond.

Le chapitre III contient l'exposé des résultats immédiats et des résultats éloignés de l'opération de Péan. Ces résultats, comme l'auteur a pris soin de l'indiquer, ont pour base exclusive les 200 premières observations du Dr Segond dont 138 opérées ont été retrouvées après un temps variant de 3 ans 1/2 à 3 mois.

Le chapitre IV est consacré au parallèle de l'opération de Péan avec les diverses interventions appliquées aux lésions des annexes. La plus grosse part est faite à la laparotomie. Ce n'est plus avec des arguments ou des hypothèses, mais avec des faits, que l'auteur démontre la supériorité de la castration utérine sur la castration annexielle.

Le chapitre V, celui des indications et des contre-indications de l'opération de Péan, est la conclusion naturelle des deux chapitres précédents. C'est appuyé d'une part sur la valeur immédiate et définitive de l'opération de Péan; d'autre part, sur sa valeur comparative que l'auteur conclut à l'indication de l'hystérectomie vaginale dans tous les cas de lésions annexielles bilatérales pour lesquelles la laparotomie est formellement indiquée.

Si l'on ajoute que cet ouvrage est précédé d'une préface du Dr Paul Segond, qu'il contient 38 figures, dont 12 hors texte, 200 observations inédites in-extenso, une bibliographie complète, on peut affirmer avec le Dr Segond que « le travail de M. Baudron a toutes les qualités d'une étude mûre et complète qu'on peut lire avec l'assurance d'y trouver l'impartial exposé de l'état actuel de la question et tous les documents voulus pour la juger en connaissance de cause. »

Chez O. Doin, 8, place de l'Odéon.

L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses, par L. Gustave Richelot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Un volume in-8° de 450 pages. Prix : 8 francs. (Sera analysé.)

Pierre Janet : **Etat mental des hystériques. Les accidents mentaux.** (Rueff et Cie.)

Série d'études physiologiques sur les hystériques. Cette étude est destinée à fortifier la conception de l'unité de l'hystérie, mais aussi à lui créer une place dans le cadre des maladies mentales. — L'ouvrage de M. Pierre Janet est fort bien écrit et l'on sent le philosophe derrière le médecin.

E. Rondat : **Régime lacté.** (Rueff et Cie.)

L'histoire du lait, dans sa physiologie et dans ses applications à la thérapeutique. Livre de praticien, très clinique. — Cependant, j'y note une tendance un peu marquée à faire du lait le remède à tous les maux.

Raphael Dubois : **Anesthésie physiologique et ses applications.** (Georges Carré.)

Le livre de M. R. Dubois est le meilleur manuel d'anesthésie que je connaisse. Il doit être lu par tous ceux qui, à un titre quelconque, manient les anesthésiques.

A. R.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Asiles publics d'aliénés.

Résultats du concours : Sont déclarés admissibles (*Paris*) MM. les Drs Berbez, Pecharman, Trenel et Coustel.
(*Bordeaux*) : M. le Dr Dubourdin.
(*Lille*) : MM. les Drs Maupaté et Chocraux.
(*Montpellier*) : M. le Dr Monertio.
(*Nancy*) : MM. les Drs Hamel, Charnel et Paris.
(*Toulouse*) : M. le Dr Fenayrou.

Hôpital Saint-Louis.

M. le Dr G. Thiberge fera, pendant les mois d'août et de septembre 1894, à dater du lundi 6 août, des leçons sur les maladies du cuir chevelu : lundi à 4 heures (salle des conférences du Musée), leçon théorique ; — mardi à 9 heures (au laboratoire Alibert), opérations dermatologiques, traitement du larynx, des acnés, électrolyse ; — le vendredi à 9 heures 1/2, consultation externe ; le samedi à 9 heures 1/2, leçon au lit du malade (salles Alibert et Devergie).

Hôpital Broca.

Le Conseil municipal de Paris a voté 250,000 fr. pour la reconstruction des baraques en bois en très mauvais état, dans lesquelles est installé le service de chirurgie de l'hôpital Broca.

Association française pour l'avancement des sciences.

Nous rappelons à nos lecteurs que la 23e session des réunions annuelles de l'Association française se tiendra à Caen, du 9 au 15 août, sous la présidence de M. Mascart, membre de l'Institut, directeur du Bureau météorologique de France, professeur au Collège de France.

Les études préparatoires à la médecine.

Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs la lettre suivante :

Je vous prie de faire rappeler aux élèves des établissements d'enseignement secondaire de votre ressort qui se destinent aux études médicales :

1° Que ceux d'entre eux qui seront pourvus du baccalauréat ès-sciences en même temps que du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) ou de l'ancien baccalauréat ès-lettres, avant la clôture des registres d'inscription en novembre prochain, pourront commencer et achever leurs études médicales sous le régime du décret de 1878. Ils seront admis à prendre leur première inscription de médecine au trimestre du 4 novembre prochain ;

2° Que ceux qui n'auraient pas obtenu le diplôme de bachelier ès-sciences restreint au plus tard à la session de novembre 1894, seront tenus de faire dans une Faculté des sciences, ou, dans le cas spécifié par l'article 7 du décret du 31 juillet 1893, près d'une école de médecine, l'année d'études préparatoires au certificat des sciences physiques, chimiques et naturelles institué par le susdit décret.

Passé la session de novembre 1894, il ne sera plus délivré de diplômes de bachelier ès-sciences restreint.

Comité d'hygiène de France.

Typhus exanthématique. — Un nouveau cas a été constaté le 20 juillet à Amiens chez une infirmière qui avait soigné des typhiques.

Un individu atteint de typhus a été admis le 25 juillet à l'Hôtel-Dieu de Paris. Il avait passé à l'asile de l'impasse du Maine la nuit du 16 au 17 juillet.

Un vagabond gravement atteint et une femme sont entrés à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, les 22 et 25 juillet et ont été transférés le lendemain à Pellegrin. Une désinfection rigoureuse a été faite au domicile de la malade.

Variole. — 30 cas de variole ont été récemment observés à Saint-Vaast-la-Hougue (Manche); 3 décès se sont produits dont 1 chez un enfant de deux ans non vacciné et 2 chez des vieillards. On a procédé à la vaccination et à la revaccination de la population.

A Rouen et banlieue, du 10 au 25 juillet : 4 cas. A l'Hôtel-Dieu, du 15 au 21, on a constaté la présence de 30 varioleux. Les vaccinations et revaccinations gratuites continuent. La variole paraît diminuer.

Choléra. — Le 19, à Avignon, une femme âgée est morte d'une cholérine. Ce cas est resté isolé; les mesures de désinfection ont été rigoureusement prises.

6 nouveaux cas de diarrhée cholériforme, dont un mortel, ont été constatés du 4 au 18 juillet à Paris.

Les 21 et 22 juillet, 2 cas de diarrhée cholériforme suivis de mort ont été observés à Rueil (Seine-et-Oise) ; les mesures de désinfection ont été prises.

Le choléra en Asie-Mineure a continué à s'étendre. Aujourd'hui il menace la route de la Palestine; au sud le port d'Adalia, à l'ouest la ligne ferrée qui a sa tête à Angora et conduit aux portes de la capitale.

A Césarée (Kaisseri) il a sévi avec la plus grande intensité; il est aujourd'hui en décroissance dans cette ville, mais en recrudescence à Sungurbov.

Les relations que les correspondances officielles et privées donnent sur les épidémies et sur les mesures sanitaires à l'intérieur s'accordent toutes à constater l'incohérence, l'insuffisance et quelquefois même le danger de ces mesures. Ce sont des cordons militaires cernant des espaces immenses insuffisants pour empêcher rigoureusement le passage, et d'un autre côté retenant dans des campements dépourvus de vin et d'eau, de médicaments, d'abris, des centaines de personnes, le tout sans surveillance médicale. C'est ainsi qu'on a repoussé un des médecins de l'administration sanitaire se rendant à destination, parce qu'il ne voulait pas se soumettre à une quarantaine de dix jours rencontrée sur son passage.

D'après une dépêche du 25 juillet, il y a eu à Andrinople, depuis le 12 juillet, 9 cas de choléra et 7 décès. Le choléra est constaté officiellement. Les provenances européennes sont arrêtées sur la voie ferrée à l'entrée en Turquie, au lazaret de Mustapha-Pacha pour y subir une visite médicale avec désinfection des effets et hardes.

Le médecin sanitaire de Smyrne signale une augmentation notable dans la fréquence des catarrhes gastro-intestinaux.

En Belgique, jusqu'au 17 juillet, il a été constaté, dans différentes localités de la province de Liége, 101 décès attribués à l'épidémie cholériforme.

La surveillance sanitaire du batelage, établie d'abord sur le parcours de la Meuse et de la Sambre, a été étendue à partir du 16 juillet courant à toutes les voies navigables.

Un arrêté royal du 30 juillet 1893 défend de jeter sur la voie publique ou dans les cours d'eau, rigoles et fossés, les matières évacuées par les malades, les eaux ayant servi à leur toilette ou au nettoyage des objets qui ont été en contact avec eux. De plus, des mesures spéciales de surveillance ont été appliquées sur les chemins de fer circulant dans la partie contaminée de la province de Liége.

On a constaté dans toute la Belgique 22 décès cholériques du 17 au 24 juillet sans aggravation notable des cas quotidiens.

Il a été constaté à Pétersbourg, depuis le 7 juillet, 2,944 cas de choléra et 1,356 décès ; l'épidémie qui, le 20 juillet, atteignait le chiffre de 208 cas et plus de 100 décès semble entrer depuis dans une période de décroissance ; les chiffres étaient le 29 juillet : 105 cas et 69 décès.

L'état sanitaire de la circonscription à l'exception de Cronstadt est relativement bon; quelques cas isolés ont été constatés à Reval et dans le gouvernement d'Imskoff.

Dans le reste de la Russie (gouvernements de Varsovie, Grodno, Kovno, Kéletz, Courlande, Plotzk, Radom et enfin ville de Varsovie) on a constaté du 27 mai au 11 juin 244 cas et 116 décès.

Du 12 au 18 juin, on a constaté dans les gouvernements de Varsovie, Grodno, Kéletz, Plotzk, Radow, Toula, 239 cas et 103 décès.

En Pologne, du 1er au 15 juillet 1894, on a constaté 714 cas et 235 décès dont 64 cas et 15 morts à Varsovie.

La situation sanitaire du choléra en Finlande ne semble pas s'aggraver. On a signalé du 4 au 15 juillet 10 cas pour 3 décès.

Une personne venant de Saint-Pétersbourg est tombée malade en arrivant à Berlin le 18 juillet. Elle a dû être transportée à l' h pital de Moabit où il a été reconnu qu'elle était atteinte du choléra. La désinfection de l'habitation a été prescrite.

Les navires venant de Russie seront soumis à un contrôle médical.

Concours pour la stérilisation des eaux de rivière.

Nous lisons dans un journal du matin qu'un concours vient d'être organisé pour l'invention d'un nouveau procédé d'épuration ou de stérilisation des eaux de rivière destinées à la boisson.

Les personnes qui désirent concourir devront envoyer avant le 15 septembre, à la préfecture de la Seine, les dossiers et autres pièces destinées à faire connaître les systèmes qu'elles préconisent.

Découverte du microbe de la peste.

M. Yersin, ancien collaborateur de M. Pasteur, et depuis, médecin des colonies, a découvert le *microbe de la peste*, ainsi qu'en fait foi une note lue à la dernière séance de l'Académie des Sciences. Nous nous bornons à mentionner cette nouvelle, nous proposant d'y revenir plus longuement.

Le paquet de pansement dans l'armée française.

Une décision ministérielle, en date du 27 juin 1894, vient de paraître relativement au paquet individuel de pansement. Cette décision règle la composition, le mode d'emploi du paquet individuel, les théories à faire aux hommes sur son usage, le mode de

distribution des paquets destinés à l'instruction et des paquets de mobilisation, la constitution des approvisionnements, le mode de port et les détails de confection de la poche destinée à contenir le paquet individuel. Ces nouvelles dispositions abrogent les notes ministérielles antérieures.

Le paquet individuel doit être porté, en temps de guerre, par chaque officier ou assimilé et homme de troupe. Ce paquet, de forme rectangulaire, mesure 12 centimètres de longueur, 10 1/2 de largeur, 1/2 d'épaisseur et pèse 50 grammes. Sa composition est la suivante : un plumasseau d'étoupe enveloppée de gaze, une compresse de gaze et une bande en coton, le tout bichloruré à 3 0/00, un morceau de tissu imperméable et deux épingles de sûreté. Ces objets sont conténus dans un sac imperméable revêtu d'une étiquette et le sac est lui-même recouvert par une enveloppe externe en cotonnade grise portant une seconde étiquette indiquant la manière d'ouvrir le paquet et d'appliquer le pansement.

Légion d'honneur.

M. le Dr Illi, médecin en chef de première classe des colonies, est nommé officier de la Légion d'honneur.

Mérite agricole.

M. Baron, professeur à l'école d'Alfort, est nommé officier du Mérite agricole. MM. les Drs Cbarrin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris et Guerlon, de Lalindes, sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

Officiers de l'instruction publique.

MM. Badal, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Blarez, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Bodin, professeur à l'Ecole de médecine de Tours ; Bourquelot, agrégé, chargé de cours à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris ;

Caillot de Poncy, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille ; Courcbet, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier ; Deroye, directeur de l'Ecole de médecine de Dijon ; Fleury, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes ;

Imbert, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Laguesse, professeur à l'Ecole de médecine de Dijon ; Lemaître, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges ;

Malicbecq, médecin du lycée de Mont-de-Marsan ; Moynier de Villepoix, chef des travaux à l'Ecole de médecine d'Amiens ; Raimbault, professeur à l'Ecole de médecine d'Angers ; Scbmitt, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; Marc Sée, chirurgien du lycée Saint-Louis ;

Tedenat, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Tinel, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen ; Trabut, pro fesseur à l'Ecole de medecine d'Alger.

Officiers d'académie.

MM. Belin, cbef de clinique à la Faculté de médecine de Paris ; Bellamy, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes ; Bertin, cbef de travaux à la Faculté de médecine de Montpellier ;

Demoulin, cbef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris ; Denigès, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux ; Ducamp, agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Montpellier ; Estor, agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Montpellier ; Gourret, suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille ; Hausbalter, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy ; Herpin, professeur à l'Ecole de médecine de Tours ; Hervoet, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes ; Houdas, préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris ;

Meslans, ancien préparateur à l'Ecole supérieure de pbarmacie de Paris ; Peugniez, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens ; Prenant, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy ; Régis, cbargé de cours à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Rivière, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux ;

Sandoz, préparateur à la Faculté de médecine de Paris ; Soulié, suppléant à l'Ecole de médecine d'Alger.

Faculté de Médecine de Lille.

NOMENCLATURE DES THÈSES DE L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

L. Gaudier : Contribution à l'étude des rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale.

L. Crépin : Sypbilis et irritation.

G. Jacquemelle : Du traitement des bernies et hydrocèles congénitales chez l'enfant.

O. Legrand : Des lésions de nature non syphilitique qui peuvent singer le chancre infectant.

E. Gosse : Contribution à l'étude des kystes séreux des membres et du cou.

G. Duval : Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des kystes hydatiques du foie chez l'enfant.

J. Compagnion : Traitement du typhus par les bains froids.

P. Beulque : Quelques faits cliniques pour servir à l'étude de l'hystérie, de l'épilepsie, de la chorée pendant la grossesse et le travail.

Ch. Gnibert : Contribution à l'étude anatomopathologique de l'encépbalocèle congénitale.

J. Caron : Les « voies du suc » dans le cartilage hyalin.

G. Chocreaux : Emploi du chloralose en aliénation mentale.

Ch. Chuffart : Contribution à l'étude des mammites chez les enfants.

A. Bailliez : Contribution à l'étude d'une variété rare de fracture de l'extrémité supérieure du tibia.

E. Marivint : Le typhus exanthématique à Lille (1893) ; son histoire, ses caractéristiques épidémiologiques.

F. Montaigne : Contribution à l'étude du traitement du cancer de l'utérus, en dehors de la grossesse.

L. Lequette : Contribution à l'étude des fibrômes pseudopédiculés.

L. Wallaert : Du traitement de l'hématocèle rétro-utérine.

H. Doizy : De la prothèse interne au moyen d'attelles en aluminium dans le traitement des pseudarthroses.

L. Coubronne : De la coexistence des kystes épididymo-testiculaires et de l'hydrocèle.

L. Monier : De la conduite à tenir dans l'accouchement par le siége.

P. Chotéau : Des cloisonnements du vagin d'origine congénitale.

E. Hennocq : De l'épilepsie avec conscience.

P. Lambilliotte : Contribution à l'étude des tumeurs solides de ovaire.

L. Marquant : De l'influence de l'effluvation sur la marcbe des ulcères chroniques et spécialement des ulcères variqueux.

E. Ruault : Recherches cliniques sur l'acidité du suc gastrique dans diverses maladies.

F. Huyghe : De la polyurie dans la sciatique.

Ch. Mizon : De la grippe chronique à forme tuberculeuse.

J. Mayolle : Des résultats éloignés de la néphropexie.

P. Houzé : Considérations sur le mode de régénération des tendons.

E. Robilliard : Essai sur l'application du forceps au détroit supérieur.

E. Lecat : Contribution au traitement de la tumeur blanche du genou chez l'enfant en particulier par l'arthrectomie osseuse.

H. Coppens : Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la pleurésie purulente.

E. Dhaine : Contribution à l'étude du prolapsus de l'utérus gravide.

F. Messéant : Sur la difficulté du diagnostic de la carcinose généralisée.

P. Verdière : Du traitement du pied-bot.

L. Havez : De l'emploi thérapeutique de la Malakine.

T. Hermand : Contribution à l'étude de l'intoxication par le plomb, et particulièrement du syndrome colique saturnine.

A. Deroubaix : Grossesse et pneumonie.

E. Lecœuvre : Contribution à l'étude de la gangrène phéniquée.

A. Delattre : Etude sur les polypes du larynx.

A. Lamy : De l'influence de la température des repas sur la sécrétion du suc gastrique et sur la motilité de l'estomac.

G. Béal : De la gangrène de la bouche.

J.-B. Champenois : Des luxations subites se produisant dans le cours de certaines maladies aiguës.

F. Tison : Etude critique sur les accidents dus à l'emploi médi cal et chirurgical de l'acide phénique.

F. Guidez : Traitement par le curettage utérin de la rétention des membres et du placenta.

Le Directeur-Gérant : F. de Hanse.

Paris. — Imprimerie Schiller, 10, rue du Faubourg-Montmartre.

65e Année. 9e Série. Tome — N° 33 — 18 Aout 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

HOTEL-DIEU. — M. LE PROFESSEUR PANAS

Du larmoiement tabétique.

Leçon recueillie par le Dr A. Terson, chef du laboratoire.

Vous connaissez les difficultés qui existent, en présence d'un épiphora, pour savoir si la chute permanente des larmes sur la joue est due à une exagération dans la quantité de la sécrétion lacrymale ou à un défaut de fonctionnement et d'équilibre dans les parties anatomiques chargées d'écouler vers le nez une sécrétion restée dans les limites de quantité absolument normales. Consultez presque tous les traités et vous ne trouverez guère autre chose qu'un point d'interrogation à ce sujet. Rarement, et cela dans quelques thèses et mémoires ayant trait à l'épiphora, survenu dans certaines conditions spéciales, vous verrez que l'auteur admet une plus grande abondance de larmes émises, et non pas seulement des troubles fonctionnels de l'orbiculaire, ou un rétrécissement du canal lacrymo-nasal. Parmi les consultants d'aujourd'hui, vous avez pu remarquer un cas de larmoiement qui paraît dû à une véritable hypersécrétion. Il s'agit d'une femme qui est déjà venue, il y a plusieurs mois, se faire soigner ici pour un larmoiement permanent survenu peu à peu sans cause appréciable. Elle n'accusa aucun autre phénomène morbide, et on la traita d'emblée par les sondages. Des sondes de fort calibre passèrent facilement, mais ce traitement resta en défaut et n'entraîna pas une diminution bien sensible de l'épiphora. La malade abandonna bientôt ces soins infructueux et, après avoir erré de clinique en clinique, elle nous revient dans l'état suivant. Les larmes s'écoulent fréquemment sur ses joues et la malade a toujours son mouchoir à la main. Mais nous lui remarquons bien vite une paralysie unilatérale de la troisième paire : les pupilles sont paresseuses, immobiles à la lumière, elles offrent le signe d'Argyll-Robertson. Il existe des douleurs fulgurantes, et les réflexes rotuliens sont perdus. Voilà plus qu'il n'en faut pour poser le diagnostic assuré de tabes et les signes oculaires, qui ont, à cette occasion, une haute signification par leur association à la perte des réflexes patellaires, sont assurément les signes pupillaires et la paralysie du moteur oculaire commun, mais aussi l'hypersécrétion lacrymale.

Vous n'ignorez pas que, dans le tabes, il n'est pas rare de constater l'exagération des diverses sécrétions. Sialorrhée, gastrorrhée, hypersécrétion sudorale, spermatorrhée même, tout cela est classé pour avoir été observé à maintes reprises. De même, mais bien plus récemment, on a noté l'épiphora, qui n'est pas encore assez entré dans les symptômes classiques du tabes.

Un travail d'ensemble a été fait dans ces dernières années sur ce sujet : c'est la thèse de Petrolacci (De l'Epiphora ataxique, Montpellier, 1886). Depuis, d'autres communications sont venues accentuer ces descriptions. Du reste, Trousseau, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, avait autrefois signalé déjà une exagération de la sécrétion conjonctivale dans l'ataxie, et aussi Topinard et Prévot.

Les observations de Petrolacci présentent le larmoiement ataxique comme ne différant pas le plus souvent d'un larmoiement simple ordinaire presque continuel et bilatéral. Ce larmoiement s'augmente aux causes d'irritation : au vent, à la lumière artificielle, à un travail minutieux et fatigant. On ne constate, après légère dilatation du point lacrymal inférieur, aucune trace de rétrécissement, par le cathétérisme explorateur. Il n'y a pas de lésion sécrétante du sac lacrymal et rien ne permet d'affirmer avec certitude la parésie ou le relâchement de l'orbiculaire.

MM. Féré et Kœnig, dans des contributions plus récentes, ont mentionné des cas où la symptomatologie est assez différente. Au lieu de ce larmoiement perpétuel dont nous venons de parler, ils ont vu de véritables crises de larmes se produire, tout comme des crises d'autres sécrétions. Ce

sont alors de véritables *dacryorrhées* ataxiques qui se produisent.

On trouve dans l'hystérie, dans le goître exophtalmique (G. Berger) de semblables excès de la sécrétion lacrymale, et, comme le symptôme larmoiement peut être le premier en date, comme dans le tabes de notre malade, vous pouvez être pris au dépourvu et faire une complète erreur de diagostic et de pronostic. N'a-t-on pas vu récemment encore une polyurie précéder de deux ans l'apparition des symptômes classiques d'un goître exophtalmique ? Il faut être prévenu de tous ces écucils et, pour cela, ne pas s'en tenir à cette idée étroite, exclusive, que tout larmoiement provient uniquement d'un défaut dans les fonctions normales du canal lacrymo-nasal et même de l'orbiculaire. Se rappeler que, dans certains cas, l'hypersécrétion lacrymale de quelques affections nerveuses est indubitable, vous empêchera de nier l'hypersécrétion qui peut exister sans elles, alors qu'elle n'est produite que par un certain degré d'excitation fonctionnelle des nerfs sécréteurs des glandes, excitation due à des causes évidemment multiples et difficiles à préciser. L'anémie, l'irritabilité nerveuse doivent jouer un certain rôle, et peut-être est-ce pour ces raisons que les pleurs sont si fréquents chez la femme, alors qu'ils sont bien plus rares chez l'homme. Toute cause d'excitation, tout réflexe parti d'un point quelconque du corps chez les sujets à système nerveux peu équilibré, pourra se traduire par une hypersécrétion lacrymale, qui n'est alors qu'un réflexe venant de loin, tandis que l'hypersécrétion lacrymale due à une irritation conjonctivale, au reflux du pus lacrymal par exemple, est un réflexe dont l'origine est toute rapprochée.

Tout cela est si vrai, que chez certains sujets le larmoiement (avec leurs voies lacrymales non rétrécies et un orbiculaire qui paraît bien fonctionner) est bien plus abondant qu'il ne l'est chez des malades dont on a totalement oblitéré le sac lacrymal par le thermocautère. Ce malades ont en général l'œil humide, mais les autres pleurent constamment et à grosses gouttes. Il y a là autre chose qu'un simple trouble dans l'équilibre d'excrétion des larmes.

Quoi qu'il en soit, chez tous vos larmoyants, essayez de faire la part de ce qui revient à l'hyposécrétion et à l'hypersécrétion. Cela vous permettra de décider la thérapeutique éclectique qui leur convient et de comprendre pourquoi vos sondages amélioreront certains de vos malades et les guériront même quelquefois de leur larmoiement, alors que d'autres, malgré le passage facile de grosses sondes, seront à peine débarrassés d'une faible partie de leur larmoiement.

Après le cathétérisme explorateur, que vous ferez, dans tous les cas, avec une petite sonde olivaire, après dilatation ou faible incision du point lacrymal inférieur, vous pourrez apprécier s'il faut continuer à passer des sondes ; vous examinerez aussi le nez pour voir si son infection ou si une cause nasale d'un réflexe lacrymal n'est pas l'origine de l'épiphora. Enfin, vous agirez sur l'hypersécrétion lacrymale, non pas en donnant de l'atropine à l'intérieur, comme on l'a recommandé, car son emploi ne saurait être indéfiniment continué sans danger, mais, s'il y a lieu, par l'ablation de la glande lacrymale palpébrale, lorsque vous aurez épuisé l'emploi des bromures et des sédatifs du système nerveux. L'électrisation de l'orbiculaire pourra aussi être recommandée, s'il vous paraît flaccide et incapable d'attirer vers le lac lacrymal les orifices chargés d'aspirer les larmes.

Chez notre malade, nous lutterons contre les douleurs fulgurantes par l'emploi du salicylate de soude (2 à 3 gr.), si utile contre les douleurs névralgiques en général. Puisque les grosses sondes ne l'améliorent pas, si le bromure ne lui rend pas service, on pourra être amené plus tard à une intervention chirurgicale sur la glande, pour agir d'une façon directe sur son fonctionnement anormal.

CHIRURGIE ABDOMINALE

L'hystérectomie vaginale, par L.-G. Richelot, chez O. Doin.

Voici un livre qui ne ressemble pas à tous les autres. Point de bibliographie, point de compilation, point de statistique fabriquée avec des chiffres pris un peu partout. C'est l'exposé pur et simple de la pratique de l'auteur pendant cinq ans. Toutes les discussions qu'il y soutient, toutes les conclusions qu'il y tire, toutes les indications qu'il y donne, tous les préceptes qu'il y enseigne, reposent sur l'observation très soigneusement faite de 274 malades opérées. C'est un chiffre imposant : il y avait de quoi faire un beau livre ; l'auteur n'y a pas manqué.

C'est d'abord de l'hystérectomie vaginale dirigée contre le cancer qu'il s'agit. M. L.-G. Richelot, après avoir rappelé les débuts difficiles de l'opération, la lutte qu'elle eut à soutenir contre le sévère réquisitoire du Pr Verneuil, le flot des faits désastreux sous lequel elle faillit être un instant submergée, montre comment les résultats s'améliorèrent peu à peu à mesure que se perfectionna la technique, établit un parallèle entre l'amputation sous-vaginale, qui tranche ordinairement en plein tissu morbide, l'amputation sus-vaginale qui ne paraît guère moins grave que l'ablation complète et enfin l'hystérectomie totale pour laquelle il fait un plaidoyer très-entraînant. Trente-hui malades ont survécu à l'opération. Chez dix, le cancer a continué sans interruption ; chez onze, la récidive est survenue après un laps de temps dont la moyenne est de seize mois environ ; enfin, chez dix-sept, le néoplasme n'a pas encore réapparu, bien que l'opération ait été pratiquée, chiffre moyen, depuis un peu plus de vingt-huit mois.

Puis vient l'étude de l'hystérectomie vaginale appliquée aux lésions inflammatoires suppurées et non suppurées, aux tumeurs hématiques, aux névralgies rebelles, aux prolapsus utérins. L'auteur fait d'abord un exposé analytique de tous les faits qu'il a observés, commentant chacun d'eux, avouant courageusement ses insuccès et employant à interpréter tous les résultats obtenus une aussi grande bonne foi qu'un jugement droit et ferme...

C'est alors seulement que M. L.-G. Richelot aborde la discussion. Celle-ci commence par un très heureux chapitre sur « l'abus des opérations » où sont flétris les « grands

industriels de notre métier pour qui la science des indications repose non sur l'étude des lésions et des symptômes, mais sur celle de la crédulité des malades », et aussi ces chirurgicules d'un rang moins élevé « qui guettent les malades au coin des rues et qui les opèrent sans rime ni raison ».

Mais l'auteur montre aussi que quelques médecins sont trop effrayés par ce mot d'opération; bien des malades, par leur faute, traînent longtemps une vie misérable quand une intervention radicale justifiée pourrait à tout jamais les guérir; dans certains cas, à côté du charlatan qui opère ou fait le simulacre d'opérer, il y a aussi le charlatan abstentionniste qui fait « miroiter aux yeux des malades la guérison de leurs maux sans opération ni douleur » sachant fort bien que c'est là un vain espoir à nourrir.

L'hystérectomie vaginale n'est ni une opération aussi grave ni une opération aussi difficile à exécuter qu'on l'a dit; voilà le point de départ. Cela admis, que vaut-elle? En ce qui concerne les suppurations complexes et les adhérences étendues, la discussion n'est pas à engager; tout le monde est d'accord pour dire qu'elle est la seule opération vraiment indiquée. En ce qui concerne les lésions énucléables, la supériorité de l'ablation vaginale est moins évidente, et « chacun choisit d'instinct la méthode qu'il possède le mieux »; mais le résultat thérapeutique, c'est au moins ce que plaide M. Richelot avec beaucoup de conviction, est plus franc, plus constamment bon après la première opération qu'après la seconde. Au reste, il va sans dire que, si la lésion n'est pas bilatérale et si la femme est jeune, c'est évidemment la laparatomie qu'il faut pratiquer.

M. Richelot aborde ensuite la délicate question des grandes névralgies pelviennes, de ces névralgies dont l'intensité, la durée et l'incurabilité fournissent au chirurgien une indication opératoire certaine, qu'il y ait petite lésion des annexes ou qu'il n'y en ait pas. Après s'être livré à une discussion de pathologie générale très séduisante sur l'hystérie et l'arthritisme et avoir établi un parallèle clinique entre les femmes lymphatiques et les femmes arthritiques, l'auteur démontre la supériorité de l'hystérectomie vaginale appliquée à la cure des malades chez lesquelles la douleur légitime l'intervention. Je crois bien que ce chapitre est l' « enfant gâté » de M. L.-G. Richelot; c'est évidemment celui où il a développé le plus d'idées originales, celui où il a le mieux montré que, pour être chirurgien, il n'en est pas moins un médecin très-instruit. Et, comme toujours en pareil cas, c'est celui, me semble-t-il, qui entraîne le moins la conviction du lecteur. En matière de lymphatisme, d'arthritisme, les preuves sont trop difficiles à donner; la discussion repose sur des idées et non sur des faits; l'édifice est branlant parce que les fondations ne sont pas assez solides. C'est au moins mon avis.

Pour les fibrômes utérins, l'hystérectomie vaginale remplace avantageusement, dans la plupart des cas, l'opération de Battey; elle est plus bénigne et plus efficace. Elle doit être préférée à l'hystérectomie abdominale pour tous les utérus qui « renferment dans leurs parois une ou plusieurs tumeurs qui ne peuvent disparaître qu'avec l'organe lui-même, et en même temps ceux qui, n'ayant pas un volume excessif, atteignent à peine l'ombilic ». Ce n'est pas que M. L.-G. Richelot condamne l'ablation par la voie suspubienne; au contraire, il la pratique avec une pleine confiance et montre que le pronostic de cette intervention devient tous les jours plus bénin; mais pour beaucoup de cas, l'extirpation par les voies naturelles est préférable.

Après un court chapitre sur l'hystérectomie vaginale dirigée contre le prolapsus utérin où l'auteur montre que, devant l'insuffisance des résultats obtenus, il faut toujours « de gré ou de force, en revenir à la colporrhaphie », vient enfin l'étude du manuel opératoire. L'outillage, la position de la femme, les manœuvres que doit accomplir le chirurgien, suivant qu'il opère des utérus mobiles, des utérus adhérents ou des utérus fibromateux, tout cela est tour à tour et soigneusement décrit. C'est là vraiment « une description vivante » et tout jeune chirurgien qui l'aura lue se sentira, pendant ses premières opérations, véritablement conduit par la main d'un maître rompu avec toutes les difficultés de cette chirurgie difficile, déjouant toutes les surprises et flairant tous les pièges.

Voilà le livre. — Qu'ajouter ? Je suis bien jeune pour apprécier une pareille œuvre et je ne voudrais pas mériter l'épigramme que M. L.-G. Richelot lance à ces « chirurgiens qui, après deux ou trois opérations de même espèce, nouveaux initiés tout fiers d'avoir réussi, prennent la plume, rassemblent des arguments et jugent des faits qu'ils ont à peine entrevus ». Et pourtant, je me sens bien à mon aise pour juger. C'est qu'en effet ce livre, précisément parce qu'il est tout personnel, parce qu'il est l'œuvre d'un maître expert, parce qu'il est le fruit d'une expérience longue et grande, est un vrai livre des jeunes chirurgiens. Qui donc apprécie mieux le précepteur que l'élève lui-même?

Et c'est pour cela, sans doute, que « l'Hystérectomie vaginale » de M. L.-G. Richelot a été pour moi d'une si utile et si agréable lecture. C'est un repos pour l'esprit fatigué des descriptions des livres de théorie, que d'être ainsi conduit par l'auteur à travers toutes les circonstances, toutes les difficultés, tous les hasards d'une longue pratique de la chirurgie. On se complaît à la lecture de cette technique, fruit d'une expérience consommée. Presque tous les jeunes chirurgiens obéissent aujourd'hui à la mode et écrivent, dans des traités plus ou moins compendieux de chirurgie, des articles de pathologie externe. C'est fort bien; à eux incombe, en effet, cette tâche ingrate. Mais pourquoi tous nos maîtres ne nous donnent-ils pas plus souvent un livre qui résume leur pratique de quelques années sur un point particulier de clinique chirurgicale ? Quel précieux enseignement nous perdons ainsi et quel bon exemple vient de donner M. L.-G. Richelot !

Son livre n'est pas long : 450 pages avec les observations; il est concis et il est précis. Et c'est pour cela, sans doute, qu'il est écrit dans une langue excellente qui en rend la lecture très-facile. Pas une minute ne vient la lassitude, car pour être court; l'auteur a élagué toutes les discussions incidentes, toutes les phrases sans portée, tous les mots inutiles. Seuls font saillie les repères principaux destinés à conduire le lecteur, qui jamais ne perd de vue le but où il se sent mener.

Je termine par où j'aurais dû commencer; dès les premières pages on sent avec quelle sincérité, avec quelle honnêteté M. L.-G. Richelot a écrit son livre. Tout y est relaté, les insuccès et les fautes avant tout. Est-il vrai que faire cette simple constation constitue, de nos jours, un des plus grands éloges qu'on puisse adresser à un chirurgien ? S. P.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le crachement de sang : son traitement.

Le crachement de sang, autrement dit l'hémoptysie, consécutif à des hémorrhagies produites dans l'intérieur du poumon, peut se montrer à la suite d'un effort, d'un refroidissement; reconnaître pour cause la tuberculose ou une affectation cardiaque; être symptomatique de certains empoisonnements ou d'asphyxie.

Quand l'hémorrhagie est violente, le sang est rendu à flots par le nez et par la bouche. Mais habituellement l'hémoptysie est plus modérée et le malade rend en toussant un sang vermeil, spumeux. Le crachement de sang dure un temps variable, un quart d'heure, une demi-heure; il cesse et reparaît quelques heures plus tard, le lendemain ou les jours suivants. Les derniers crachats rendus n'ont plus cet aspect spumeux et rutilant, ils sont noirs et visqueux; c'est le reliquat de l'hémorrhagie qui a séjourné plus longtemps dans les bronches.

Quelque variées que soient les allures de l'hémoptysie il ne s'ensuit pas qu'il doive y avoir autant de traitements que de variétés. Ce qui, en effet, lorsqu'un malade crache le sang, doit guider l'intervention médicale immédiate, c'est l'abondance de l'hémorrhagie bien plus que sa cause. Une fois le symptôme victorieusement combattu, il est évident que l'on doit s'adresser à la cause elle-même, mais le médecin doit d'abord et avant tout s'occuper de ce symptôme, si effrayant pour le malade et pour ses proches.

Toute hémoptysie, même de médiocre importance, doit être traitée. Se produit-elle peu abondante et sans fièvre, les moyens purement hygiéniques suffiront : repos physique et moral, position étendue, tête très élevée, travail nul, nourriture très légère, air pur; on y adjoindra l'administration toutes les demi-heures d'une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Extrait de ratanhia	4 grammes.
Infusion de roses rouges	120 —
Sirop de fleurs d'oranger	20 —

Mais qu'on ne l'oublie pas, ce sont là de simples adjuvants qui ne sauraient à aucun titre suffire dans le traitement d'une hémoptysie abondante ou tenace.

Dans ce dernier cas, le traitement doit être externe et interne.

Le traitement externe consistera dans l'emploi des révulsifs : ventouses sèches, applications de glace sur les parois de la poitrine si elle ne provoque pas de la toux, compresse de flanelle imbibée de 60 grammes de chloroforme sur la poitrine et recouverte d'une serviette.

L'ergotine est un des meilleurs médicaments internes qu'on prescrira comme suit :

Eau distillée	100 grammes.
Sirop	20 —
Ergotine	2 —

A défaut d'ergotine, l'ergot de seigle allié à la quinine et à la digitale comme ci-dessous, produira les meilleurs effets :

Poudre d'ergot de seigle	àà 10 centigr.
— de digitale	
Sulfate de quinine	
Glycérine	Q. S.

Pour une pilule. — En prendre quatre par jour.

On a encore recommandé le sel de cuisine : il suffirait d'en avaler à sec une demie ou une cuillerée à soupe. C'est au moins un moyen que l'on peut employer très rapidement et qui est susceptible d'être indiqué aux malades chez lesquels il y a lieu de redouter l'hémoptysie.

L'antipyrine, à la dose de 0 gr. 50 centigr. à 1 gramme; l'essence de térébenthine, à la dose de 3 à 5 grammes; la terpine, à la dose de 0 gr. 25 centigr. à 0 gr. 50 centigr., ont aussi été recommandés.

Mais il est un médicament qu'à l'exemple de Trousseau et de Peter, je prescris très volontiers, c'est l'ipéca. Je recherche son action nauséeuse évitant d'arriver au vomissement.

La plupart des indications que je viens de donner se rapportent à l'hémoptysie des tuberculeux. Celle des cardiaques est rarement assez abondante pour indiquer un autre traitement que celui de la maladie qui lui a donné naissance.

Dans l'hémoptysie persistante, tenace, on emploiera les visicatoires comme révulsifs et on s'adressera à l'ipéca et à l'opium : ce dernier sera donné d'heure en heure sous forme d'extrait par pilules de 0 gr. 025 milligrammes jusqu'à somnolence. Une fois l'hémoptysie arrêtée on continuera le même mode d'administration pendant trois jours, puis on diminuera graduellement les doses. C. A.

REVUE ORTHOPÉDIQUE

La Médication par l'Exercice, par le Dr F. Lagrange (1).

Dans ce livre, conclusion de ses précédents mémoires sur la *Physiologie des exercices* du corps, sur l'exercice *chez les enfants, les jeunes gens et les adultes*, F. Lagrange étudie l'exercice, non plus comme moyen de prévenir les troubles de la santé, mais comme moyen de guérir ou d'améliorer les maladies confirmées.

S'appuyant sur de précieux documents recueillis dans ses voyages, particulièrement en Suède et en Allemagne, l'auteur démontre la haute valeur de l'exercice appliqué à la cure des maladies.

Dans la première partie du livre, il étudie en détail les *Effets thérapeutiques de l'exercice*, rapprochant les enseignements de la physiologie de ceux de la clinique pour en déduire les indications à remplir et aussi les dangers à éviter dans l'application de l'exercice aux maladies.

Après avoir présenté, dans la 2e partie (*Moyens d'exercice*), les divers systèmes d'exercices et donné leurs indications, il aborde, dans la 3e partie, le côté vraiment pratique de son travail, l'*Application du traitement*. Il examine avec soin les affections médicales et chirurgicales auxquelles le traitement par l'exercice doit être appliqué, à quelle dose et à quel moment il peut être prescrit.

Nous recommandons la lecture des très intéressants chapitres sur la gymnastique suédoise, sur la cure de terrain, sur les maladies de la nutrition, du système nerveux et circulatoire.

On ne saurait trop louer le Dr Lagrange de son remarquable livre, qui attire l'attention des médecins sur l'importance de l'exercice en thérapeutique et sur la possibilité de guérir un grand nombre de maladies par ce mode de médication, malheureusement trop négligé jusqu'à ce jour.

(1) In-8°, avec 62 figures dans le texte, chez F. Alcan, éditeur.

La Gymnastique médico-mécanique Zander. Méthode, importance, application, par le Dr A. Levertin. Stockholm, 1893.

Dans ce travail, en langue française, le Dr Levertin, ancien assistant du Dr Zander, décrit les appareils de gymnastique médicale de son maître. Il étudie dans des chapitres distincts les deux ordres de machines de Zander : les unes destinées à exercer *activement* les muscles, les autres à imprimer des mouvements variés au corps qui les subit *passivement*. Dans un dernier et intéressant chapitre, il signale quelques appareils destinés au traitement de la scoliose.

Ce mémoire contient d'utiles renseignements sur l'importance et l'application de la gymnastique *mécanique* médicale, très en honneur en Suède et dans quelques villes d'Allemagne.

De la Scoliose hystérique, par Ch. Vic. Th. Paris, 1892, n° 36.

L'auteur décrit, sous le nom de scoliose, des déviations, le plus souvent passagères et d'origine traumatique, de la colonne vertébrale dorso-lombaire, dues à la contracture hystéro-traumatique des muscles vertébraux. Le traitement doit être celui de la contracture hystérique.

Etude sur le pied bot congénital à manifestations tardives, par L. Bouron. Th. Paris, 1891, n° 179.

L'auteur étudie dans sa thèse une variété de pied bot, distincte du pied bot congénital et décrite par le professeur Tillaux sous le nom de pied bot à manifestations tardives.

Cette variété de pied bot, qui se présente à l'état de pied équin pur ou compliqué d'un faible degré de varus, est, d'après MM. Tillaux et Bouron, la conséquence d'un raccourcissement congénital du tendon d'Achille. L'extension exagérée du pied, déterminée par ce vice de conformation, est masquée pendant un certain temps par une suractivité fonctionnelle des muscles antérieurs de la jambe. Quand ceux-ci sont insuffisants, ce qui arrive à une période variable de la vie, la lésion originelle cesse d'être compensée et le pied bot se révèle par des douleurs, des troubles de la marche, de l'équinisme permanent avec déformations osseuses peu marquées.

La ténotomie suffit dans la majorité des cas pour amener la guérison.

A notre avis, les cas signalés par MM. Tillaux et Bouron ne doivent pas être considérés comme des pieds bots congénitaux. Nos observations nous ont appris que, dans cette forme intéressante de pied bot, il ne s'agit pas d'un raccourcissement congénital du tendon d'Achille, hypothèse qui ne s'appuie sur aucun examen anatomique précis, mais d'une paralysie ou d'une contracture passagère des muscles antérieurs ou postérieurs de la jambe à la suite de lésions de la moelle (poliomyélite antérieure) passées inaperçues. Cette variété de pied bot équin doit rentrer dans la catégorie des pieds bots dits accidentels ou acquis.

Traitement du pied bot varus équin congénital par l'opération de Phelps, par L. Grunberg. Th. Paris, 1892, n° 69.

L'auteur cherche à démontrer que l'opération de Phelps guérit presque tous les pieds bots, évite les récidives et est exempte de tout inconvénient.

Contribution à l'étude du traitement opératoire du pied bot paralytique, par C.-O. Batchoursky. Th. Paris, 1893, n° 135.

L'auteur préconise l'opération de Phelps, si le pied bot paralytique est peu accentué, et les extirpations ou résections osseuses dans les cas invétérés. Il réserve l'arthrodèse tibio-tarsienne aux pieds bots paralytiques ballants.

De l'arthrodèse tibio-tarsienne dans les cas de pieds bots paralytiques, par A. Renault. Th. Paris, 1893, n° 395.

L'arthrodèse de l'articulation tibio-tarsienne est, d'après l'auteur, le traitement de choix des pieds ballants et des pieds paralytiques qui ont résisté aux ténotomies multiples et à l'emploi d'appareils prothétiques.

Elle doit être faite de préférence par la voie externe, qui donne plus de jour et qui permet de faire une tarsectomie, si l'on découvre des lésions osseuses assez avancées.

De l'intervention sanglante dans le pied plat valgus douloureux avec déformations osseuses, par Goupil. Th. Paris, 1893, n° 69.

D'après l'auteur, l'intervention sanglante a des indications très limitées, mais elle peut rendre de grands services dans certains cas déterminés.

Ses principales indications sont la longue durée antérieure de l'affection, l'irréductibilité de la déformation, la douleur excessive à la marche et surtout l'existence de malformations osseuses.

L'opération d'Ogston semble préférable à celle de Trendelenburg.

L'arthrodèse et la résection cunéiforme ont chacune leurs indications spéciales.

Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement opératoire du pied plat valgus douloureux, par G. Milhau. Th. Paris, 1893, n° 7.

D'après l'auteur, le pied plat valgus douloureux reconnaît des causes multiples, mais le facteur le plus important est l'impotence du long péronier latéral. Les lésions osseuses ne sont que des lésions secondaires.

L'opération d'Ogston est indiquée dans les cas graves. « Etant donné la longueur et les récidives fréquentes des méthodes ordinaires, il ne serait pas illégitime de l'appliquer d'emblée, eu égard, bien entendu, aux conditions particulières inhérentes à chaque malade. »

Du traitement des pseudarthroses par les injections irritantes, par E. Gagey. Th. Paris, 1894, n° 113.

L'auteur recommande les injections irritantes, principalement avec le chlorure de zinc, dans les pseudarthroses fibreuses simples ou dans les pseudarthroses fibro-synoviales.

Ce mode de traitement, d'une innocuité absolue, doit être employé dès que la consolidation tarde à s'effectuer, avant que la pseudarthrose soit confirmée.

Du lit plâtré dans le traitement du mal de Pott, par A. Richard. Th. Paris, 1892, n° 221.

Après avoir donné la description et le mode de confection du lit plâtré, l'auteur démontre, avec de nombreuses observations à l'appui, la haute valeur de cet appareil dans le traitement du mal de Pott.

Le lit plâtré est surtout utile dans la première période de la maladie. Il est particulièrement indiqué dans les maux de Pott des régions lombaire et dorsale inférieure, dans les cas de maux de Pott profonds, avec altérations osseuses tuberculeuses étendues.

Comparé aux autres méthodes de traitement, le lit plâtré a une supériorité incontestable sur plusieurs d'entre elles.

Il doit être placé au premier rang des appareils destinés à produire l'immobilisation dans la position horizontale.

Du massage dans les fractures du péroné, par Pierre Condamin. Th. Paris, 1893, n° 47.

D'après l'auteur, le véritable traitement des fractures du péroné, sans déplacement, est le massage.

Cette méthode a, sur l'immobilisation, l'avantage de faire disparaître la douleur, l'ecchymose, l'œdème de la région, et surtout de rendre rapidement au malade l'usage du membre lésé.

Le massage fait avec prudence et douceur donne toute sécurité contre les complications possibles.

P. Redard.

REVUE DES SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 25 juillet.

Cancer de l'angle gauche du colon, à forme fébrile.

M. Regaud, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques d'un malade du service de M. Lannois.

Il s'agit d'un homme de 28 ans, sans antécédents pathologiques particuliers.

La maladie a débuté en septembre 1893 par des troubles digestifs (alternatives de diarrhée et de constipation, mélæna, anorexie) et par des douleurs dans le flanc gauche, plus tard survinrent des phénomènes généraux de cachexie.

A l'entrée (9 juin 1894), on constate de la diarrhée persistante, un empâtement douloureux, mat, non mobile, de l'hypocondre droit, avec un point de fluctuation hydro-aérique sous les fausses côtes. Fièvre oscillant entre 38 et 39°. — Rien à noter du côté des autres appareils.

Le diagnostic porté fut celui de tuberculose intestinale avec abcès péritonéal de voisinage ouvert dans l'intestin.

On décida intervention opératoire. — M. Rochet, ayant constaté un ballottement rénal des plus nets, réserva le diagnostic.

Une incision exploratrice fut faite le 3 juillet. On tomba sur une masse d'apparence néoplasique, infiltrée de pus et attenante à l'intestin, on referma la plaie après l'avoir drainée.

Après cette opération, le cours rectal des matières se supprima et il s'établit un anus artificiel dans la plaie opérative.

Des fragments enlevés au cours de l'opération ont été examinés dans le laboratoire de M. Renaut. On constata qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé à cellules cylindriques pourvues d'un plateau douteux, et l'on diagnostiqua l'origine intestinale probable de la tumeur.

Le malade se cachectisa rapidement et mourut le 23 juillet.

A l'autopsie, on trouva un cancer siégeant exactement à l'angle du colon transverse et du colon descendant. L'intestin était largement perforé et s'ouvrait dans un clapier purulent. Il existait une inflammation ulcéreuse du duodénum et de la vésicule biliaire, avec perforation de la vésicule et épanchement de bile et de pus dans le péritoine, derrière l'estomac. Les premiers centimètres du jéjunum communiquaient par adhérence et perforation avec le foyer cancéreux. Enfin, il existait un rein unique, en fer à cheval, à concavité supérieure muni de deux uretères et d'une artère rénale bifurquée.

Cette observation présente les particularités suivantes :

a) Cancer chez un homme jeune (28 ans).

b) Cancer fébrile.

c) Rein en fer à cheval, unique, abaissé, très adhérent à la tumeur, et donnant avec elle un vrai ballottement.

d) Inflammation ascendante des voies biliaires, avec perforation de la vésicule, le clapier cancéreux étant le point de départ du processus inflammatoire.

Diphtérie de la conjonctive bulbaire de l'œil.

M. Frenkel présente un garçon de 4 ans, soigné à la clinique de M. Gayet pour une diphtérie de la conjonctive bulbaire de l'œil. Cet enfant, amené à la consultation le 18 juillet, était porteur d'un œil tuméfié, saillant avec un fort chémosis et une injection intense des conjonctives palpébrale et bulbaire. En examinant de près le malade, M. Gayet constata sur la conjonctive bulbaire de l'œil droit, presque à la limite de la cornée, trois taches blanches, dont deux au-dessus et une au-dessous de la cornée. Il n'y avait pas d'écoulement purulent, mais de l'œil suintait un liquide séreux. Les plaques blanches adhéraient assez solidement, mais on pu cependant les enlever avec la pince. Le fond de la tache, après enlèvement de la fausse membrane, restait rouge-blanchâtre et saignait légèrement. La fausse membrane, examinée au microscope, présentait une structure fibrineuse avec de nombreux globules de pus; colorée au bleu de méthyle, elle contenait un certain nombre de bacilles par leur forme se rapprochant le plus des bacilles de Loeffler; il n'y avait aucune espèce de cocci, ni strepto, ni staphylo, ni diplocoques.

Ensemencée sur de l'agar glycérinée, la fausse membrane donne naissance, au bout de 12 à 18 heures, à des colonies bien visibles à l'œil nu; au bout de 24 heures, à des cultures luxuriantes; ces cultures, composées exclusivement de bacilles, avaient tous les caractères des bacilles diphtéritiques.

Pour compléter le diagnostic, remarquons que les urines présentaient une quantité moyenne d'albumine. La gorge de l'enfant était normale et à aucun moment l'enfant ne se plaignait de douleurs pharyngées. Par contre, sa mère avait mal à la gorge vers l'époque du début de sa maladie. La fièvre a fait défaut pendant toute la durée de la maladie.

L'étiologie est, d'ailleurs, des plus obscures. Arrivé de Saint-Nazaire le 15 juin avec sa mère, le patient, aux dires de celle-ci, ne serait venu en contact avec aucun enfant malade ni à Saint-Nazaire, ni à Lyon. La maladie débuta le 13 juillet par un point rouge sur la conjonctive bulbaire; c'est le 14 que la mère de l'enfant, d'ailleurs sujette aux angines, ressent un mal de gorge qui n'a guère duré que 12 heures. On n'a pu découvrir aucun autre facteur étiologique.

L'évolution de la maladie, progressive jusqu'au 18 juillet, date de la consultation, est, depuis ce jour, subordonnée au *traitement*. Cette observation est, en effet, un exemple remarquable de l'action du nitrate d'argent combiné aux instillations de jus de citron. Ce traitement préconisé, d'après les anciens, par Fieuzal, et institué par M. Gayet, amena la guérison en peu de jours. Voici comment fut conduit ce traitement: le premier jour, badigeonnage des parties malades avec une solution de nitrate d'argent au 1/20e, suivi immédiatement d'une neutralisation au sel en solution. Deuxième jour, les phénomènes ne paraissant pas s'amender, on fait des attouchements au crayon de nitrate d'argent. Les trois jours suivants, on fait encore des badigeonnages avec la solution forte au 1/20e, ce qui suffit pour amener la disparition des plaques blanches. En outre, on verse dans l'œil, deux fois par jour, une cuillerée à café de jus de citron. A partir du 23, on ne fait plus que les instillations de nitrate d'argent à 1 pour 300 et aujourd'hui l'enfant peut être considéré comme guéri.

En somme, cette observation est intéressante :

1° Au point de vue des services que rend la bactériologie pour le diagnostic précis de l'affection ;

2° Au point de vue de l'étiologie et de l'absence de toute angine diphtérique ;

3° Par l'efficacité du traitement au nitrate d'argent combiné aux instillations de jus de citron.

Néphrite survenue au début d'une scarlatine.

M. Colrat communique une observation de néphrite survenue

au début d'une scarlatine chez un jeune homme de 20 ans. Celui-ci a examiné pendant un an la quantité d'albumine de l'urine du matin et de celle émise quatre heures après le repas de midi. Pendant tout le temps du régime lacté, elle variait peu, 0.50 centigr.; pendant le régime lacté mixte, l'albumine augmentait après le repas et restait la même le matin; pendant le régime commun, il n'y avait pas de variation le matin, mais après le repas on trouvait 2 à 3 grammes. Une saison aux eaux de Saint-Nectaire amena une augmentation d'albumine. Le malade contracte la fièvre typhoïde et l'albumine arrive au début à 6 grammes. Il est soumis au traitement par les bains froids et à une alimentation composée de lait et de potage maigre. Albumine, 0.50. — Pendant la convalescence, le malade mange. — Albumine du matin, 0.50; après le repas, augmentation.

Une grippe survenue a amené une augmentation passagère d'albumine. Actuellement le malade est à deux ans et demi de sa scarlatine; les urines du matin renferment 0.50 à 1 g. d'albumine, celles de la digestion 2 à 3 gr. Les artères sont souples. Le cœur est sain.

Cette observation confirme que l'exercice musculaire et la digestion augmentent l'albumine et que la quantité d'albumine contenue dans le sang détermine un accroissement de celle de l'urine.

Quel est le pronostic de cette albuminurie? Le malade peut-il être pris pour le service militaire? Les Compagnies d'assurances refusent d'assurer ces individus, malgré l'affirmation de M. Bard qui croit bon le pronostic de cette albuminurie.

M. Bard, dans le travail récemment publié sur la persistance de l'albumine dans les urines après la guérison des néphrites épithéliales aiguës, admet que la néphrite épithéliale peut se terminer par une guérison cicatricielle qui n'est pas une *restitutio ad integrum* absolue, c'est-à-dire que la réparation épithéliale se fait par un épithélium moins bien formé. Ce sont ces cicatrices rénales qui expliquent la persistance de l'albumine dans les urines après la guérison. Aussi faut-il baser le pronostic de ces albuminuries sur un diagnostic différentiel et ce diagnostic différentiel repose sur la présence seule de l'albumine en l'absence de tout autre symptôme positif. M. Bard compare les cicatrices rénales aux cicatrices endocarditiques et, pour lui, l'albumine n'a pas plus de valeur que le souffle cardiaque.

M. Mayet pense que les guérisons cicatricielles sont des imminences de néphrite; il admet toutefois que l'albumine peut être compatible avec une santé normale. Mais une néphrite grave peut toujours survenir. M. Bard n'a pas signalé que la fibre musculaire du cœur, plus faible chez les vieillards, rend chez eux les lésions dites cicatricielles du cœur plus graves. Pour le rein, il a eu tort de confondre la néphrite épithéliale et la néphrite interstitielle. M. Bard, comme tout chef d'école, est trop absolu dans ses idées.

M. Bard. — On ne devrait pas m'accuser de confondre les néphrites entre elles, puisque dans mon traité d'anatomie pathologique je suis pluraliste par excellence. Quant à mes idées, je n'ai d'absolues que celles que l'on me prête.

M. Lépine. — L'albumine est un signe de lésions persistantes et graves dans quatre conditions :

1° Si elle dépasse 8 grammes par litre;

2° Si elle est constante et sans variations de quantité;

3° Si elle augmente en même temps que la quantité d'urine;

4° Lorsqu'il y a en même temps polyurie.

Hors de ces quatre conditions, l'albumine n'a pas d'importance.

M. Colrat. — Au point de vue pratique, l'albumine chronique doit, semble-t-il, faire craindre une rechûte.

M. Icard rappelle qu'une commission de médecins de Londres a déclaré que les individus dont l'urine renfermait de l'albumine n'étaient pas assurables.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 23 juillet.

Carcinôme mélanique de l'extrémité inférieure du médius gauche.

M. C. Faguet présente l'observation d'une femme entrée le 4 novembre 1893 à l'hôpital Saint-André dans le service de M. le professeur Lanelongue. Il n'y a aucune particularité intéressante dans ses antécédents. Le début de l'affection actuelle remonte à deux ans environ, époque à laquelle cette malade s'enfonça une *écharde* de bois sous l'ongle du médius gauche et eut à la suite de cet accident un panaris profond qui fut mal soigné. Chute de l'ongle, suppuration intarissable, trajets fistuleux, raideur des articulations du doigt, etc. En avril 1893, il se produisit sur l'extrémité externe de la phalangette et en un point où la suppuration n'avait jamais cessé une petite tache noire qui bientôt envahissait de proche en proche les tissus. Au mois de juillet dernier, tous les tissus de la phalangette, infiltrés par le néoplasme, étaient détruits et le squelette dénudé.

A l'arrivée de la malade à l'hôpital, on constate tous les signes d'un cancer mélanique du doigt: tumeur ulcérée, irrégulière à sa surface, noirâtre, saignant facilement, à bords renversés en dehors et d'où s'écoule un suintement ichoreux, purulent et fétide; consistance dure, surtout à la base. Bosselures noirâtres vues par transparence à travers l'épiderme immédiatement au-dessus de la tumeur ulcérée, au niveau de la deuxième phalange.

Impotence fonctionnelle absolue; douleurs spontanées et exagérées au moindre contact. Les autres doigts sont sains.

Les vaisseaux lympathiques de l'avant-bras et du bras, le ganglion épitrochléen ne paraissent pas altérés. mais les ganglions axillaires sont volumineux, indurés, non douloureux.

L'exploration des divers organes et du tégument externe ne révèle rien d'anormal.

L'examen du sang, des crachats et des urines reste négatif; pas de mélanine.

Etat général assez bon.

Maniluves et pansements antiseptiques pendant quelques jours. Le 16 novembre, je fais le *curage de l'aisselle* et la *désarticulation métacarpo-phalangienne* du médius gauche (incision circulaire avec fente dorsale). Suites opératoires excellentes.

1° *Examen anatomique.* — Sur une coupe longitudinale, le *doigt* et la *tumeur* présentent au sein des tissus pathologiques une teinte noire très caractéristique. Le néoplasme s'infiltre jusqu'au milieu de la deuxième phalange, dont le squelette est dépourvu de cartilage à son extrémité inférieure.

Par la pression, on fait sourdre une certaine quantité de suc cancéreux noirâtre.

Les *ganglions axillaires* ont l'aspect ordinaire des « truffes »; ils sont d'un noir sépia, de consistance assez ferme; quelques-uns sont ramollis et renferment une bouillie noire. Leur volume varie de la grosseur d'une noisette à celui d'une noix.

Un rat, inoculé sous la peau de la cuisse avec une petite quantité de cette bouillie noire, meurt de septicémie le troisième jour.

2° *Examen histologique.* — *a)* Certaines zônes du néoplasme sont constituées par des amas de cellules petites, arrondies, tassées les unes contre les autres et séparées par une très faible quantité de tissu conjonctif. Ces cellules ont un protoplasma peu abondant et un noyau relativement volumineux; elles rappellent par beaucoup de leurs caractères celles du sarcôme embryonnaire. Quelques hémorragies interstitielles.

b) En d'autres points, et ce sont les plus nombreux, la tumeur présente une structure épithéliale très nette. Elle est constituée par de grandes cellules pâles, aplaties, de forme très irrégulière, mais généralement allongée ou en raquette, à noyau volumineux, pâle et ayant un ou plusieurs nucléoles très brillants. Il n'existe pas de stroma conjonctif intercellulaire.

Des globes épidermiques très caractéristiques s'y rencontrent en certains endroits.

A ses limites, le néoplasme s'infiltre au sein des tissus normaux.

Les *vaisseaux* sont relativement peu nombreux dans toute l'étendue de la tumeur, mais possèdent *tous* des parois propres très faciles à mettre en évidence par les divers réactifs que nous avons employés.

Le derme est infiltré par le néoplasme ; l'épiderme paraît avoir conservé ses caractères normaux.

Les *granulations mélaniques*, très confluentes en certains points et formant des masses noires, sont ailleurs plus isolées et se présentent sous forme de petits grains, arrondis ou ovoïdes, de volume variable. Elles se trouvent à la fois dans les cellules et dans le tissu conjonctif intercellulaire.

La réaction de Perls, sauf erreur, est positive ; soumises au réactif de Robin, ces granulations persistent encore après la destruction des tissus.

Le *périoste* de la phalange est enflammé, infiltré de cellules cancéreuses et de pigment mélanique. La *phalangine* est saine.

Les *ganglions axillaires* sont envahis par le processus néoplasique et par le pigment mélanique. On y retrouve, en outre, des amas granuleux non mélaniques qui paraissent être des amas de tissu lymphoïde atteint de nécrose de coagulation.

En résumé, il s'agit là d'un cancer mélanique appartenant à la variété des cancers épithéliaux infiltrés, survenu sur un panaris chronique. C'est une affection sur laquelle J. Hutchinson a plus particulièrement attiré l'attention.

M. W. Dubreuilh fait observer que ces cas sont généralement qualifiés de sarcôme. La plupart du temps, il s'agit d'épithélioma infiltré diffus.

Tumeur mixte de la parotide.

M. J. Vergely présente à la Société des coupes d'une tumeur mixte de la parotide (fibro-myxo-sarcôme), enlevée par M. le professeur Lanelongue chez une jeune fille. Cette tumeur, développée depuis trois ans, atteignait le volume d'une petite noix. Une aïeule de la malade avait été antérieurement opérée d'hystérectomie vaginale pour un cas d'épithélioma de l'utérus.

M. W. Dubreuilh demande sur quoi s'appuie le présentateur pour faire le diagnostic de sarcôme, car le sarcôme histologique n'est pas toujours du sarcôme cliniquement parlant ; la distinction et la délimitation sont difficiles à faire.

Sarcôme des deux ovaires ; castration.

M. Brindel présente deux tumeurs enlevées par M. le Dr Dubourg à une femme, âgée de trente-trois ans, actuellement en traitement dans son service à l'hôpital Saint-André.

Cette dame, Mme T..., a eu trois enfants et a fait deux fausses couches après son dernier accouchement. La dernière remonte à huit ans.

La malade souffre depuis le mois d'octobre 1893 et a fréquemment la diarrhée depuis cette époque. Ce n'est toutefois que depuis quatre à cinq mois qu'elle a senti se développer une tumeur dans le côté gauche de sa cavité abdominale. L'appétit a disparu graduellement et la malade a maigri de 17 kil. 500 en quatre mois. Jusqu'ici, elle a été bien réglée, sauf le mois dernier, où elle a perdu du sang à deux reprises différentes.

A son entrée à l'hôpital, on sentait une tumeur un peu allongée, arrondie, mobile, dure, indolente, de la grosseur d'une tête de fœtus, dans le côté gauche de la cavité abdominale. Elle ne faisait pas corps avec l'utérus, très mobile sur elle. Celui-ci était un peu gros ; il était repoussé à droite et ne suivait les mouvements de la tumeur que dans les mouvements d'élévation en masse imprimés à celle-ci.

Par le toucher combiné au palper, on percevait à droite une deuxième tumeur, de la grosseur du poing d'un adulte, qui semblait enchâtonnée dans le petit bassin.

L'hystéromètre, poussé jusqu'à l'orifice interne du col, ne le franchissait qu'avec difficulté. L'utérus était mobile sur la tumeur de droite.

L'hypothèse de fibrômes sous-péritonéaux se présentait à l'esprit, d'autant mieux que l'utérus, plus volumineux qu'à l'état normal, pouvait bien renfermer des fibrômes interstitiels; toutefois, nous dûmes la rejeter en l'absence de métrorrhagies. La difficulté qu'on avait à introduire l'hystéromètre dans la cavité utérine, jointe à l'amaigrissement rapide de la malade coïncidant avec un développement non moins rapide de la tumeur abdominale, n'était pas de nature à faire adopter l'opinion de fibrôme.

Nous aperçûmes enfin, sur la cicatrice ombilicale, une petite tumeur, du volume d'une noisette, qui nous sembla être de nature maligne et l'idée d'une tumeur secondaire nous parut plus probable. Cependant, la dépression ombilicale, pleine de saleté, était irritée, et l'hypothèse d'une induration irritative chronique ne parut pas devoir être éliminée complètement.

Une intervention s'imposait et fut exécutée par M. Dubourg.

La cicatrice ombilicale fut circonscrite par une incision elliptique, dont la queue s'étendit en bas jusqu'au pubis. Après ablation de l'ombilic et section des diverses couches de la paroi abdominale, la tumeur apparut. Facilement attirée au dehors, grâce à l'absence d'adhérences, la tumeur, de forme ovalaire, bosselée, noirâtre en certains endroits, était retenue au ligament large par un pédicule très court, étalé et mince, qui rendit assez laborieuse sa constriction par une triple ligature en chaîne. Des ligatures de sûreté au catgut furent également faites sur la tranche de section du hile.

Le côté droit fut ensuite exploré. La main sentit une tumeur de même forme, mais plus petite que la première, ayant les mêmes rapports et retenue dans l'excavation par une seule bride fibreuse de la grosseur d'une petite plume de corbeau. Cette bride s'implantait sur la face postérieure de la tumeur. La trompe coiffait une partie du néoplasme, mais elle put en être séparée facilement.

La tumeur attirée au dehors, le pédicule parut plus allongé que celui de l'autre ovaire et une ligature en chaîne double réussit à amener sa constriction la plus complète.

L'utérus occupait maintenant sa place normale ; il apparut plus gros qu'à l'état normal et présenta, au doigt explorateur, une nodosité sur sa face postérieure. On n'y toucha point.

Le ventre fut ensuite refermé par une suture à étages.

A la coupe, les tumeurs ont l'aspect du sarcôme ; la plus petite a même une portion kystique. Nous donnerons plus tard la description histologique des deux tumeurs.

Ostéo-myélite des adolescents; séquestre invaginé dans l'humérus et comprenant tout l'humérus ancien ; trépanation de l'humérus ; guérison.

M. Brindel présente à la Société d'Anatomie de volumineux fragments de séquestres enlevés par M. le Dr Dubourg à un jeune homme de dix-huit ans, en traitement salle 10 *bis*.

L'histoire de ce jeune homme, qui habite la campagne, est très simple. Il y a trois ans, il a présenté à la partie supéro-externe de l'humérus un abcès qui a laissé persister une fistule. Six fistules consécutives se sont ainsi établies le long de l'os (quatre persistent encore), disposées en forme d'Y. Le stylet arrivait sur un os dénudé ; il s'agissait là d'une ostéo-myélite des adolescents avec séquestre invaginé.

Une longue incision fut faite à la partie externe du bras, entre trois fistules. Arrivé sur l'os, M. Dubourg l'attaqua avec la gouge et le maillet et rencontra à son intérieur un séquestre occupant toute la longueur de l'os et auquel il fallut ouvrir un passage assez large pour en permettre l'extraction. Sa mobilité était, du reste, parfaite ; on remplaça le séquestre par de la vaseline iodoformée ; des mèches de gaze firent drainage aux deux extrémités de la plaie et des points de suture réunirent les bords de cette plaie cutanée.

Le malade n'a pas eu de fièvre ; il se sert de son bras et la cicatrisation de l'os marche à grands pas. Quelques jours encore et le malade sera complètement rétabli.

Deux ovarites suppurées ; ovariectomie vaginale dans les deux cas ; guérison.

M. Brindel présente deux ovaires avec deux extrémités de trompe adhérentes enlevés dans des circonstances identiques et de la même façon, à deux femmes, dont l'une est sur le point de quitter le service de M. Dubourg, où elle est en traitement depuis un mois et demi, et dont l'autre, complètement guérie, a quitté l'hôpital depuis le 28 juin dernier.

L'ovariectomie a été pratiquée dans les deux cas par la voie vaginale.

Voici l'histoire de la première femme: Bien réglée habituellement, trois enfants, deux fausses couches, une métrite consécutive et un curettage il y a un an, une poussée de pelvi-péritonite du 8 au 20 juin 1894, tels sont les antécédents de Mme B..., qui a vingt-huit ans.

L'histoire de la seconde, âgée de vingt-deux ans, est à peu près la même : Bien réglée habituellement, un enfant à terme il y a seize mois, une métrite consécutive à l'accouchement, une première poussée de pelvi-péritonite il y a onze mois, une deuxième poussée à son entrée à l'hôpital le 21 avril 1894.

Un examen minutieux, fait après la cessation des phénomènes douloureux de la pelvi-péritonite, amène, chez l'une comme chez l'autre, la découverte d'une tumeur ovarienne droite dont la nature suppurée ne fait aucun doute.

La tumeur paraissant très accessible par la voie vaginale, M. Dubourg porte son bistouri de ce côté. Après avoir fait une incision empiétant à la fois sur le cul-de-sac latéral droit et le cul-de-sac postérieur, le doigt est introduit dans la plaie et arrive, avec un peu de patience, sur la tumeur elle-même qui n'est pas en réalité aussi accessible qu'elle le paraissait. Néanmoins, cette tumeur est saisie à l'aide d'une pince érigne ; on cherche à l'énucléer ; elle se déchire et il s'en écoule, dans le premier cas, du pus en assez grande quantité et, dans le second, un peu de pus, mais beaucoup de mucus gluant.

Dans les deux cas, la décortication est continuée ; il ne reste plus qu'un pédicule ; on le lie, on le sectionne et on obtient les deux fragments de tumeur que je vous présente. Des mèches de gaze iodoformée, introduites après lavage, forment drainage et ne sont changées que le sixième ou le septième jour. Il n'y a pas eu le moindre accident post-opératoire. Quinze jours après, les malades sont sur pied et la cicatrisation de la plaie vaginale est à peu près parfaite, Il est permis de se demander si une laparotomie eût donné les mêmes résultats et si, dans un plus grand nombre de cas, la voie vaginale ne pourrait pas être mise à profit.

A L'ÉTRANGER

ANGLETERRE

Deux cas d'épithélioma primitif du vagin avec adénites inguinales.

Il est rare de rencontrer un épithélioma dont le siège primitif soit le vagin. Ces temps derniers, M. James Oliver en a vu deux exemples, et, fait digne de remarque, dans les deux cas il y avait inflammation des ganglions de l'aine ; c'était même cette inflammation qui avait engagé les malades à venir consulter.

Au point de vue pratique, on savait, concernant les lymphatiques du vagin, ce fait seul que, dans les deux cas dont il va être question, l'accroissement des ganglions inguinaux avait été observé d'abord du côté gauche.

Dans le premier cas rapporté par M. James Oliver, il s'agissait d'une femme de 62 ans, mariée depuis 37 ans, et n'ayant eu qu'un seul enfant. Cette femme avait 47 ans quand ses règles disparurent. Pendant les trois dernières années, elle avait de temps en temps remarqué des taches de sang sur son linge. Il y a neuf mois, une petite grosseur s'était montrée dans le côté gauche, près de l'aine, et, trois mois plus tard, une grosseur semblable dans le côté droit. Ces deux tumeurs avaient peu à peu augmenté de volume, sans que la malade en éprouvât le moindre ennui. La malade mit cependant des cataplasmes sur la tumeur de l'aine gauche d'où sortit, pendant quatorze jours, une substance aqueuse et claire.

On voyait, en effet, dans l'aine gauche, une petite tumeur bilobée et présentant l'aspect d'une infiltration graisseuse de la peau. Le lobe supérieur, le plus petit d'ailleurs, occupait la région hypogastrique, tandis que l'autre était placé en bas du ligament de Poupart. Le petit noyau placé au-dessus du ligament de Poupart avait à peu près le diamètre d'une pièce de deux francs ; il était recouvert par un fragment de peau ulcérée et de couleur violacée. Au contraire, on voyait une peau ridée recouvrir le gros lobe de la tumeur.

Dans l'aine droite, la tumeur que l'on observe est plus petite, mais à peu près semblable; la peau qui la recouvre est intacte, mais violacée et ridée aux mêmes points que la tumeur du côté gauche précédemment décrite. La paroi antérieure du vagin est tellement envahie par le cancer qu'il est impossible d'en faire l'examen avec le doigt. La malade n'a jamais été inquiétée par son vagin. Elle ne s'est jamais plainte d'aucun symptôme concernant son urèthre et sa vessie.

Mais les antécédents héréditaires de la malade étaient mauvais. L'une de ses sœurs avait eu le sein gauche enlevé pour tumeur maligne. Une autre sœur était morte des suites d'un cancer du foie.

Tel est le premier cas rapporté par M. James Oliver. Dans le second, il s'agit d'une femme, âgée de 53 ans, et n'ayant eu, comme la précédente, qu'un seul enfant. Elle a cessé d'être réglée à 48 ans. C'est aussi dans l'aine gauche qu'est d'abord apparue, chez cette malade, une petite tumeur suivie, un mois après, d'une petite tumeur semblable dans l'aine droite. Ces deux tumeurs se sont développées graduellement sans gêner en quoi que ce soit la malade. Des deux côtés, au niveau du ligament de Poupart, les ganglions sont tuméfiés. Ceux du côté gauche sont plus gros que ceux du côté droit. La muqueuse du vagin, dans la portion la plus élevée de la paroi antérieure, est infiltrée par une tumeur d'apparence cancéreuse. La maladie ne s'est pas étendue au col de l'utérus.

Affections chirurgicales de l'appendice cœcal.

A une époque où le diagnostic et la chirurgie des affections de l'appendice vermiculaire du cœcum prend une réelle importance, il n'est pas inutile de faire connaître l'opinion et les observations des chirurgiens anglais sur ce sujet.

L'expérience croissante, dit M. H. W. Page, montre que l'appendice cœcal est très souvent, plus souvent même qu'aucun autre organe intra-abdominal, la cause des affections de l'abdomen. Le fait s'est présenté pour un très grand nombre de cas dans lesquels, au grand étonnement des chirurgiens, les symptômes avaient cependant orienté le diagnostic d'un autre côté. En principe, à moins qu'il ait sous les yeux des indications exactes sur le siège et la cause d'une affection de l'abdomen, le chirurgien fera toujours très bien de porter tout d'abord son attention sur l'appendice.

A l'appui de son dire, M. H. W. Page rapporte deux cas

qui ont trait aux différentes sortes d'accidents pouvant avoir leur origine dans la maladie de l'appendice cœcal, et dont nous allons donner un rapide résumé. La première observation raconte l'histoire d'une blessure de l'abdomen qui fut accompagnée de péritonite généralisée. On fit une laparotomie exploratrice quelques jours après, et il y eut ensuite un ulcère perforant de l'appendice vermiforme.

Il s'agit, dans cette histoire, d'un homme, ayant eu vingt ans le 7 février 1894 et sur le ventre duquel tomba une corbeille à lettres du poids de trois livres. Une heure après l'accident, il vomit. Il continua même à vomir de plus en plus, sans interruption, pendant toute une semaine et fut conduit à l'hôpital le 14 février. Il était alors presque aussi mal qu'il est possible d'être avec une température élevée et un pouls de 140. Il avait le visage amaigri et son abdomen était très sensible et douloureux; à gauche et en dessous de l'ombilic la percussion dénotait un clapotement d'un caractère particulier, comme s'il y avait là une collection localisée de gaz ou de liquide. Or, on était tout à fait certain que, jusqu'au jour de son accident, cet individu avait eu l'abdomen absolument indemne de toute maladie. La conclusion était donc qu'il pouvait avoir fait une lésion d'une petite portion de son intestin et qu'en ce point s'était localisé un abcès. On décida cependant de faire une laparotomie exploratrice au niveau de la ligne blanche, à cause de l'incertitude du signe physique mentionné plus haut. On ouvrit donc l'abdomen au-dessous de l'ombilic. Mais, à l'exception de quelques adhérences péritonéales qui pouvaient toutefois former la limite d'une collection de produits inflammatoires, rien d'anormal ne fut remarqué du côté gauche de l'incision. Ce résultat semblait donner un nouveau sens au bruit de clapotement perçu par la percussion. En conséquence, lorsque l'incision médiane eut été rapidement fermée, une seconde ouverture fut faite au lieu même où siégeait le clapotement, c'est-à-dire à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Le doigt, explorant l'incision, découvrit bientôt une collection de pus liquide, blanc, d'odeur fécale, étendu à quelque distance de la surface et maintenu apparemment par des adhérences. L'état du malade, presque mourant, empêcha de pousser plus loin l'exploration, et l'on jugea suffisant de placer un drain dans la profondeur de la plaie pour permettre l'écoulement du pus. Le malade mourut cinq heures après. A l'autopsie, faite le lendemain, on trouva un appendice partout enflammé et enflé; à sa base, il y avait une ulcération et à côté d'elle une concrétion large comme un gros haricot. En outre, on vit une vaste collection de pus dans le voisinage de la tête du cœcum et de l'appendice, avec une voie de communication entre cette collection et l'abcès que l'on avait rencontré et drainé dans le cours de l'opération. Il y avait enfin de la péritonite généralisée.

On ne saurait concevoir, dit M. Page, un cas où le diagnostic fût plus difficile à établir. Les faits disaient, aussi clairement que possible que le choc reçu par le malade était le point de départ de sa maladie; et, en présence des signes physiques notés dans la partie inférieure gauche de l'abdomen; en l'absence, d'autre part, de signes perceptibles dans la région du cœcum, on était tout naturellement porté à supposer que le choc avait produit probablement une rupture de l'intestin et que cette rupture était l'origine de ces symptômes. Avant l'opération, le Dr Lees avait cependant mis en avant que l'appendice pourrait bien être la cause du mal en question, mais cette idée semblait être de la fantaisie pure et aucun des symptômes n'était en sa faveur. Néanmoins, l'autopsie l'a montré, l'appendice et la concrétion située dans son intérieur avaient été, en réalité, le point de départ de toutes les lésions. L'appendice n'avait jamais présenté de lésion antérieure, mais il était évident que la concrétion contenue dans sa cavité l'avait mis en imminence de perforation, pouvant être à chaque instant rejetée au dehors par une force quelconque venue de l'extérieur.

Cet exemple indique que, quand bien même dans un cas de choc de l'abdomen le chirurgien aurait découvert le motif exact de la lésion abdominale, il ne devra jamais être convaincu de son diagnostic avant d'avoir examiné sérieusement l'appendice cœcal. Il est à souhaiter que le chirurgien puisse avoir l'occasion d'agir ainsi, avant que le malade soit tout à fait moribond et sachant qu'il vomit depuis huit jours et qu'il va à chaque instant de plus en plus mal lorsque l'intervention opératoire pourra avoir quelque chance de succès.

La seconde observation dont parle M. Page a trait à des attaques périodiques de coliques de l'appendice, où l'ouverture d'un large abcès amena une guérison rapide. Un homme âgé de vingt ans se présenta à l'hôpital le 17 février et fut admis racontant qu'il avait soudain ressenti le 3 du même mois une violente douleur dans l'abdomen.

Cette douleur avait été bientôt suivie de vomissements si intenses que, le 5, le malade avait cru un instant qu'il allait trépasser. En même temps s'installait chez lui de la constipation. Deux fois déjà, le malade avait eu des attaques du même genre; la première fois, c'était trois ans auparavant; la seconde fois, c'était à la fin de 1892. Aux deux fois, cette attaque avait duré trois ou quatre jours, mais jamais elle n'avait été aussi intense que celle-ci. Après son admission à l'hôpital, le malade a cessé de vomir pendant huit jours. Il y avait un temps beaucoup plus long qu'il n'avait pas été à la selle. On avait cependant délivré ses intestins à l'aide d'un lavement.

A l'examen, le malade a le visage anxieux et épuisé, son abdomen est légèrement distendu et l'on rencontre partout du tympanisme, sauf dans la région iliaque droite où il y a, avec de la matité, une sensibilité extrême, en un point situé à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antéro-supérieure C'était là aussi que siégeait très nettement la douleur. Il était évident qu'il y avait là une vaste collection de pus et l'on sentait d'ailleurs la fluctuation dans la profondeur de la région. L'abcès fut donc ouvert par une incision de cinq centimètres faite au niveau du point douloureux, le pus se mit à sortir, de lui-même, de sa cavité, un drain fut placé et la plaie refermée. L'écoulement cessa très rapidement, et le drain fut enlevé le 23 février. La veille, le malade avait pu aller à la selle sans lavement. La cavité fut bientôt complètement oblitérée et le malade fut totalement rétabli le 16 mars.

Dans ce cas, dit M. Page, nous avons un fait du genre le plus simple. C'est, ainsi qu'on l'a vu, un processus de guérison immédiate par inflammation et suppuration. Le chirurgien n'a alors qu'une seule chose à faire, c'est d'ouvrir l'abcès, et il doit complètement s'abstenir de laver et de distendre la cavité de l'abcès, dans la crainte de rompre des adhérences. Il est contre-indiqué, et même dangereux, d'aller à la recherche de l'appendice. Il convient de noter que très souvent les intestins fonctionnent et se vident d'eux-mêmes après l'ouverture de l'abcès.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Congrès français de médecine interne.

Monsieur et honoré confrère,

La chirurgie et la plupart des spécialités médicales et chirurgicales possèdent maintenant en France des Congrès périodiques,

seule la médecine interne en est encore dépourvue. De divers côtés déjà, soit à Paris, soit en province, on a exprimé le désir de voir créer un Congrès de médecine de langue française, mais personne ne s'est encore décidé à en réaliser l'exécution.

Un certain nombre de professeurs ou agrégés de la Faculté de médecine et de médecins des hôpitaux de Lyon ont pensé qu'ils pourraient prendre l'initiative de combler cette lacune, à l'occasion de l'exposition internationale qui se tient cette année dans notre ville. Après s'être assuré l'appui d'un grand nombre de leurs confrères lyonnais, l'assentiment et l'adhésion de quelques-uns de leurs collègues de toutes les villes de facultés et de quelques écoles de médecine, ils ont nommé un comité d'organisation, chargé de convoquer à Lyon, pour le 25 octobre prochain, la première session de ce Congrès. Cette date a été choisie pour rapprocher cette réunion de celle du Congrès de l'enseignement supérieur qui s'ouvrira à Lyon, le 29 du même mois.

Le comité d'organisation se bornera à préparer et à assurer la réunion de la première session, laissant au Congrès lui-même le soin d'adopter ses statuts définitifs, et de trancher notamment toutes les questions que soulèvent sa périodicité et le siège de ses réunions ultérieures.

La seule langue du Congrès sera le français, mais notre intention est, à l'exemple du Congrès de chirurgie, d'ouvrir le Congrès à tous les médecins de langue française, ainsi qu'aux médecins de toutes nationalités désireux de faire une communication en français.

Nous vous adressons avec cette lettre le règlement et le programme de cette première session. Nous espérons que vous apprécierez comme nous le grand intérêt qu'il y a pour la médecine française à posséder un Congrès périodique, analogue au Congrès français de chirurgie et aux Congrès de médecine qui ont pris à l'étranger, et surtout en Allemagne, une importance si considérable.

Si, comme nous l'espérons, vous approuvez notre projet et notre initiative, nous comptons que vous voudrez bien nous donner votre appui en adhérant au Congrès. Il vous suffira pour cela de nous retourner, après l'avoir signé, le bulletin d'adhésion ci-inclus.

La cotisation est fixée à 20 fr. Les adhésions au Congrès, les inscriptions de communications à faire sont reçues dès à présent par les membres du comité. On est prié d'adresser de préférence les cotisations au trésorier et les titres des communications au secrétaire général.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de nos meilleurs sentiments confraternels.

Pour le Comité d'organisation :

Le secrétaire général : L. Bard.
Agrégé, Médecin des hôpitaux de Lyon.

RÈGLEMENT DE LA PREMIÈRE SESSION

1° La première session du Congrès français de médecine interne s'ouvrira le *jeudi 25 octobre*, à 9 heures du matin, à la Faculté de Lyon, et siègera du 25 au 29 octobre inclus ;

2° Le français est la seule langue du Congrès ;

3° Le Congrès se composera de tous les médecins qui se seront fait inscrire comme membres et auront acquitté la cotisation fixée à 20 francs. Les *étudiants en médecine* pourront être admis comme membres associés en payant une cotisation de 10 francs ;

4° La lecture ou l'exposé des communications ne devra pas dépasser 15 minutes, les observations présentées au cours des discussions ne devront pas dépasser 10 minutes. Les membres du Congrès pourront se faire inscrire à l'avance pour prendre la parole sur les questions proposées ;

5° Le texte des communications, ou des observations présentées au cours de la discussion, devra être remis aux secrétaires à la fin de la séance ;

6° Le titre des communications à faire devra être adressé le plus tôt possible au secrétaire-général, et lui parvenir au plus tard le *10 octobre*. Les communications annoncées après cette date seront placées à la suite de l'ordre du jour, et ne figureront pas sur les programmes imprimés;

7° Les communications seront inscrites dans l'ordre de leur réception ; toutefois, celles qui se rattachent à l'une des questions proposées par le Comité seront mises à l'ordre du jour de la séance où cette question sera discutée.

Le Comité se réserve le droit de grouper dans l'ordre du jour les autres communications suivant la similitude de leurs objets. S'il en était besoin pour épuiser l'ordre du jour, plusieurs séances pourraient avoir lieu parallèlement dans des locaux voisins ;

8° Le Comité d'organisation se tiendra à la disposition des membres du Congrès étrangers à la ville, pour leur obtenir à l'avance tous les renseignements qui pourront leur être utiles pour leur séjour,

PROGRAMME

Jeudi 25 octobre.

9 h. matin. — Séance générale d'ouverture ;
Discours d'ouverture;
Elections;
Nomination d'une commission chargée de préparer les Statuts du Congrès qui seront discutés et votés dans la séance de clôture.
2 heures soir. — Question mise en discussion : *Etiologie et pathogénie du diabète.*

Vendredi 26 octobre.

8 h. 1/2 matin. — Communications personnelles.
2 heures soir. — Question mise en discussion : *De la valeur clinique du chimisme stomacal.*

Samedi 27 octobre.

8 h. 1/2 matin. — Communications personnelles.
2 heures soir. — Question mise en discussion : *Des aphasies.*

Lundi 29 octobre.

8 h. 1/2 matin. — Communications personnelles.
2 heures soir. — Communications personnelles.
5 heures soir. — Séance générale de clôture.

Une nouvelle chaire.

Sur la proposition du Conseil supérieur de l'instruction publique, le ministre de l'instruction publique vient de décider la création d'une nouvelle chaire de chimie analytique à l'Ecole supérieure de pharmacie. Cette création était réclamée depuis 1883. A cette époque les étudiants firent, à ce sujet, une démarche auprès de la commission des 44 à la Chambre des députés.

Disons à propos des pharmaciens que leur nombre a quadruplé depuis vingt ans, à Paris surtout où l'on en compté actuellement un millier. Les pharmaciens de Paris possèdent une chambre syndicale, une Société de secours mutuels et, depuis quelque temps, une assurance en cas d'*erreur technique*.

Déclaration des maladies contagieuses.

La discussion sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses s'est terminée, à la Société nationale de médecine de Lyon, par le vote de la conclusion suivante, présentée par M. Clément, rapporteur :

« La Société de médecine de Lyon est d'avis de mettre en pratique les prescriptions de l'article XV de la loi du 30 novembre 1892, telles qu'elles ont été formulées dans l'article ministériel du 23 novembre 1893. »

Elle se réserve de demander plus tard la révision de cet arrêté, si la pratique révélait quelques inconvénients.

Congrès international d'hydro-balnéothérapie en 1895.

Ce Congrès aura lieu à Ostende et discutera les deux questions suivantes :

1° Traitement de la phtisie pulmonaire au bord de la mer;
2° Technique du traitement marin.

La date de la réunion du Congrès sera ultérieurement fixée.

Monument de Claude Bernard à Lyon.

INAUGURATION

Le recteur de l'Académie de Lyon ayant invité l'Académie française à se faire représenter à l'inauguration de la statue de Claude Bernard, qui aura lieu, le 26 octobre prochain, à Lyon, MM. J. Bertrand et Brunetière ont été désignés par l'Académie française pour assister à cette cérémonie; l'un d'eux prendra la parole. — De son côté, le Conseil général des Facultés de Lyon ayant invité l'Académie des sciences à se faire représenter à l'inauguration de la statue de Claude Bernard, cette Académie a délégué à cette

cérémonie MM. Chauveau et Bouchard et les a chargés d'être les interprètes de la Compagnie. — On remarquera que le Congrès de médecine interne siégera exactement à cette époque à Lyon : cela permettra à un grand nombre de médecins de manifester par leur présence leurs sentiments d'admiration profonde pour un savant qui a tant fait pour les progrès de la médecine.

Victime du devoir professionnel.

M. Danseux, interne à l'hôpital Lariboisière, vient de mourir à la suite d'une fièvre typhoïde contractée près de ses malades.

Exposition.

Royaume de Belgique. — Ville d'Anvers, 1894. — Xe Exposition internationale de produits hygiéniques et alimentaires, organisée par l'Association pour le progrès de l'Hygiène, à l'occasion du Congrès d'Alimentation, sous la présidence d'honneur de M. le ministre de l'agriculture, de l'industrie et des travaux publics. Cette exposition aura lieu pendant le mois de septembre.

Les intéressés peuvent se procurer programme et règlement, en s'adressant à M. Copermans, secrétaire de l'Exposition, place de Meir, 85, à Anvers.

Nos collègues les docteurs Faucon, Guermonprez, Lavrand, figurent parmi les membres d'honneur de l'Association.

Un arrêt qui intéresse les médecins.

La Cour de Bruxelles vient de décider que le médecin n'est jamais obligé, hors le cas exprès où la loi lui en fait un devoir, de révéler les secrets qui lui ont été confiés à raison de sa profession, même pour éclairer la justice ; cette obligation n'existe pas, même quand la personne qui a confié le secret lui permet expressément de parler et de déposer devant la justice.

Drains en catgut.

M. Desguin (d'Anvers) a présenté dans la dernière séance de la Société belge de Chirurgie des drains obtenus par l'enlacement en long et en large de fils de catgut constituant des tubes de dimensions variables.

Ils peuvent subir la stérilisation par la chaleur ou les procédés chimiques sans altérer et remplacer les tubes en os décalcinés. Ils sont moins rigides que ceux-ci, résorbables et plus poreux. Ce sont donc les instruments d'un drainage idéal. — C'est la maison Hartmann et Dewandre qui s'est chargée de leur fabrication.

Légion d'honneur.

Par décret, en date du 30 juillet 1894, sont promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Bucquoy, médecin des hôpitaux de Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Marchant (Gérard), chirurgien des hôpitaux de Paris ; Poncet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; Quénu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris et chirurgien des hôpitaux ; Ballue, Cartaz, Davesne, Despagnet, Ruault et Weill (de Paris), Figuièra (de Nice), Hacque (de Mazé), Lacombe (de Montbrun), Lardier (de Rambervillers), Souchu-Servinière (de Laval) et Vinciguerra (d'Oran).

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Etat nominatif des étudiants reçus docteurs en médecine pendant les mois de juin et juillet 1894 (année scolaire 1893-1894).

Alibert : Du meilleur traitement chirurgical à appliquer aux goitres parenchymateux, colloïdes et kystiques.

Lapasset : Revue critique des divers traitements proposés contre l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants.

Charbonnier : De l'assistance médicale en Algérie.

Maupomé : Contribution à l'étude de la réforme sanitaire dans la région pyrénéenne.

Doubrère : Quelques considérations sur la hernie étranglée réduite en masse et de son traitement par le taxis après une expulsion nouvelle.

Blanc : Contribution à l'étude de l'hydrothérapie en médecine et en chirurgie.

Gentilbe : De la stomatite impétigineuse.

Chevalier : Du tétanos consécutif aux traumatismes de l'œil et de ses annexes.

Renault : De la tuberculose herniaire.

Bénech : Toxicité du contenu stomacal dans la dilatation avec hyperchlorhydrie.

Laval : Du suc gastrique considéré comme antiseptique.

Lamasson : Contribution à l'étude des rapports de la chlorose et de la tuberculose.

Saint-German : Contribution au traitement de la chorée par le bromo-valérianate de zinc.

Foix : Des rétrodéviations utérines adhérentes et de leur traitement.

Bordier : De la supériorité des opérations sur le vagin et d'une nouvelle opération en particulier dans le traitement du prolapsus utérin.

Lasserre : Traitement chirurgical du cancer du pénis.

Jarron : Contribution à l'étude bactériologique de la grippe. Travail du Laboratoire des cliniques de l'Ecole de médecine d'Alger.

Bertrand : Contribution à l'étude de l'articulation temporamaxillaire.

Barada : Sur trois cas de fracture du bassin avec rupture de l'urèthre.

Reysset : Des abcès de la rate d'origine infectieuse sur un cas de splénite dans la variole.

Parrain : Sur les gommes syphilitiques de la trachée.

Poirier : De l'entérorrhaphie dans la hernie gangrénée.

Sternberg : Contribution à l'étude des lipômes articulaires du genou.

Albert : Contribution à l'étiologie de la kératite interstitielle.

Ribéreau : Contribution à l'étude des ruptures primitives de l'artère axillaire dans la luxation de l'épaule.

Ferrière : Des affections oculaires dans leurs rapports avec la grossesse, la parturition et la puerpéralité.

Guyonet : Sur quelques cas de malformation des oreilles et de tumeurs congénitales de la région préauriculaire.

Cazaban : L'érysipèle et la méthode antiseptique, de la méthode Hallopeau en particulier.

Galano : Contribution à l'étude du traitement des abcès du foie.

Henri : Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de la paralysie générale. (Paralysie générale juvénile, paralysie générale conjugale).

Beille : Recherches sur les dégénérescences secondaires de la moelle épinière consécutives à des lésions de la substance corticale du cerveau.

Chemin de fer d'Orléans.

Saison thermale.

LE MONT-DORE, LA BOURBOULE, ROYAT, NÉRIS-LES-BAINS, ÉVAUX-LES-BAINS

A l'occasion de la saison thermale de 1894, la Compagnie du chemin de fer d'Orléans a organisé un double service direct de jour et de nuit, qui fonctionnera du 8 juin au 20 septembre inclus, entre Paris et la gare de Laqueuille, par Vierzon, Montluçon et Eygurande, pour desservir par la voie la plus directe et le trajet le plus rapide les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule.

Ces trains comprennent des voitures de toutes classes et, habituellement, des wagons à lits-toilette, au départ de Paris et de Laqueuille.

La durée totale du trajet, y compris le parcours de terre entre la gare de Laqueuille et les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule, est de 11 heures à l'aller et au retour.

Prix des places, y compris le trajet dans le service de correspondance de Laqueuille au Mont-Dore et à La Bourboule, et *vice versâ* : 1re classe, 53 fr. 90 ; 2e classe, 36 fr. 85 ; 3e classe, 23 fr. 75.

Aux trains express partant de Paris le matin et de Chamblet-Néris dans l'après-midi, il est affecté une voiture de 1re classe pour les voyageurs de ou pour Néris-les-Bains, qui effectuent ainsi le trajet entre Paris et la gare de Chamblet-Néris sans transbordement en 6 heures environ.

On trouve des omnibus de correspondance à tous les trains à la gare de Chamblet-Néris pour Néris, et *vice versâ.*

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie Schiller, 10, rue du Faubourg-Montmartre.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Des luxations congénitales de la hanche. — Anatomie pathologique et traitement opératoire curatif.

Travail présenté à l'Académie de Médecine pour le prix Portal, Par M. Vallette (Hôpital cantonal de Genève).

INTRODUCTION

Nous n'avons pas l'intention de traiter d'une façon complète le vaste sujet des luxations congénitales de la hanche. Il est bien connu dans plusieurs de ses parties : la symptomatologie en est parfaitement connue et le diagnostic basé sur des signes bien établis. Nous ne nous en occuperons qu'autant qu'il sera nécessaire pour étudier le traitement.

Plus obscures sont l'étiologie et la pathogénie de cette affection. Comme nous n'avons guère de documents nouveaux à apporter en faveur de l'une ou de l'autre des théories qui ont été proposées par les auteurs, nous voudrions laisser de côté ce chapitre. Mais, comme l'existence même des luxations congénitales de la hanche a été mise en question depuis que Verneuil, et, à sa suite, Reclus et Dally, ont prétendu que la plupart de ces luxations soi-disant congénitales étaient acquises pendant l'enfance, dues à une paralysie des muscles pelvi-trochantériens ou adducteurs, nous nous voyons obligé de nous arrêter un instant sur ce sujet.

Il est bien reconnu qu'il peut survenir des luxations de la hanche à la suite d'une paralysie ou atrophie musculaire d'origine myélopathique ou myopathique. Les recherches de Verneuil ont été confirmées par de nouvelles observations dues à Reclus, Lücke, Roser, Karewsky, et ont donné lieu à la description d'un groupe de luxations paralytiques de la hanche, accepté dans les traités classiques actuels. Mais l'existence des luxations à la naissance n'en reste pas moins un fait établi ; un certain nombre de pièces anatomiques provenant de fœtus ont été décrites depuis longtemps par J. Guérin, Broca, Cruveilhier, Verneuil lui-même et chez des enfants tout jeunes par Parise, pour ne citer que les cas les plus connus et ne pas avoir à nous répéter plus tard. Qu'il nous suffise de dire que nous avons trouvé dans les auteurs 28 cas de luxation de la hanche chez des fœtus et enfants mort-nés. Dans quelques cas, la cause de la luxation a pu être rattachée à une accumulation du liquide inflammatoire dans la cavité articulaire par hydarthrose ou coxalgie ; mais ces faits sont rares et il y a lieu de se demander s'ils sont comparables avec les cas observés chez des enfants plus âgés qui ne présentent aucun signe d'arthrite suppurée (douleurs, fistules, ankyloses, etc.). L'évolution de la maladie pendant la vie extra-utérine aurait probablement été celle d'une coxalgie ou arthrite suppurée. Ce n'est donc pas à la théorie de la luxation par épanchement intra-articulaire que nous nous rallions.

Une théorie aussi, et plus ancienne que la précédente, nous paraît mieux s'accorder avec les faits d'observation. Quelques auteurs ont remarqué que ces luxations sont fréquemment bilatérales, qu'elles sont plus fréquentes chez les filles, qu'on peut dans bien des cas attribuer une influence à l'hérédité, enfin qu'elles s'accompagnent d'autres malformations congénitales. Ils en ont conclu qu'un arrêt de développement du cotyle pourrait expliquer la forme qu'il possède dans les premiers temps de son existence et la production de la luxation. Au lieu d'une cavité arrondie, on ne trouve, en effet, qu'une dépression plus ou moins ovale, ressemblant à la cavité glénoïde de l'omoplate. Cette opinion déjà soutenue par Schreger (1818), Breschet, Dupuytren, Vrolik et Robert, se trouve surtout bien exprimée par Von Ammon (1839) et à été confirmée par les observations de Grawitz. Ces auteurs font remonter l'origine de cet arrêt de développement, soit aux premiers temps de l'existence embryonnaire (luxations originelles), soit à une époque plus avancée du développement fœtal. Dollinger a supposé à tort qu'on pouvait avoir affaire à une ossification prématurée du cartilage en Y. Grawitz a montré que l'arrêt de croissance était dû au défaut de l'activité formative de ce cartilage. Un examen consciencieux des différentes théories étiologiques et pathogéniques ne nous

en a point fait rencontrer qui présente plus de probabilité. C'est celle qui a été admise par la plupart des auteurs modernes ; Kronlein, Lannelongue, Dupré, Hoffa, J. Reverdin, etc. dans ces dernières années.

Nous verrons que c'est celle qui concorde le mieux avec la conformation de la cavité cotyloïde chez les fœtus et jeunes sujets. L'arrêt de développement ne frappera pas seulement la cavité cotyloïde, mais aussi le bassin qui sera atrophié à cause de l'activité insuffisante du cartilage en Y.

La présence d'autres malformations par arrêt du développement nous paraît être une preuve à l'appui de cette théorie. On pourrait, il est vrai, s'en faire une arme contre la généralisation en disant que, si elle peut paraître logique dans les cas où la malformation du cotyle accompagné d'autres vices congénitaux, rien ne prouve qu'on puisse l'étendre à tous les cas. Mais nous verrons que nous avons toutes les transitions depuis les cas tératologiques jusqu'à ceux où le bassin seul est atteint d'atrophie primitive.

Il est évident qu'avec cette manière de voir, nous ne pouvons pas rejeter du cadre des luxations congénitales les cas, assez rares d'ailleurs, de déplacement articulaire où manquent la tête fémorale ainsi que l'acétabulum normal, Malgaigne appelle ces malformations articulaires des « pseudo-luxations », faisant observer que « c'est abuser des termes que de dire de deux extrémités articulaires qu'elles sont déplacées quand elles n'existent plus ».

S'il était possible d'établir une limite précise entre les cas où la tête du fémur, bien que déformée, rappelle évidemment le type normal et ceux où il n'en reste que des vestiges informes, nous nous rangerions volontiers à l'avis de l'illustre maître. Il n'y aurait que des avantages à faire cette distinction. Mais on trouve tous les degrés intermédiaires de déformation de la tête fémorale et le cotyle est toujours indiqué d'une façon précise.

D'ailleurs, comme le font finement observer Forgue et Maubrac répondant à l'objection de Malgaigne, « si les surfaces articulaires ont disparu, les segments osseux articulés, du moins, sont déplacés dans leurs rapports réguliers et cela suffit pour justifier le terme de luxation appliqué à ces déformations ».

D'autre part, admettant que ce déplacement du fémur est dû ordinairement à l'insuffisance de la cavité cotyloïde, il n'est guère possible de réserver le nom de congénitales aux seules luxations qui sont reconnues à la naissance. Il doit être étendu à toutes celles que nous avons lieu d'attribuer à un arrêt de développement du cotyle, à une activité insuffisante du cartilage d'accroissement datant de la vie intra-utérine. Il est évident que les actions mécaniques qui ne peuvent pas expliquer la production de la luxation dans une articulation normale pourront avoir le rôle de cause déterminante du déplacement d'une articulation malformée.

Broca dit en 1866 : « Ce qui existe au moment de la naissance, c'est moins une luxation véritable qu'une tendance à la luxation ; le poids du corps est un facteur important. » Il existe assurément un grand nombre de luxations ignorées à la naissance ; Kronlein dit avoir fait le diagnostic sur un enfant de 2 jours, mais son attention était attirée par d'autres malformations concomitantes. D'autres auteurs ont été moins heureux et Tillmanns a méconnu une luxation gauche chez un enfant de 6 mois, bien qu'il eût songé à ce diagnostic.

En résumé, nous dirons avec Dupré : « L'articulation coxo-fémorale porte en soi, dès la naissance, des imperfections qui feront qu'elle se déformera à mesure qu'elle se développera », et nous définirons l'affection qui nous occupe la *luxation de la hanche qui existe à la naissance ou qui est d'origine congénitale.*

Il est entendu, par là, que si la malformation du cotyle n'a pas suffi à produire à elle seule la luxation pendant la vie intra-utérine, celle-ci se produit fatalement : soit que la tête fémorale continuant à s'accroître ne puisse plus être contenue dans le cotyle qui ne se développe pas simultanément, soit qu'une action mécanique accessoire intervienne. (Traction exercée sur les cuisses dans un accouchement par le siège, action du poids du corps dans la station debout.)

Que si l'on se décide à ne plus désigner par son symptôme le plus caractéristique l'espèce morbide qui nous occupe, nous accepterions volontiers de dire : Les luxations congénitales sont un cas particulier des malformations congénitales de la hanche (dysarthrosis) (1) caractérisé par le déplacement des extrémités articulaires qui ont perdu leurs rapports normaux. L'arrêt du développement du bassin frappant surtout la cavité cotyloïde est la cause habituelle de ce déplacement.

Statistique.

	Masc.	Fém.	Total.	
Hoffa	42	300	342	Cas de Drachmann, Pravaz jun., Kronlein, New-York, Orth. Hosp. Boston children.
Adams......	13	47	60	Hospital Hoffa.
Von Lessen.	»	11	11	In Simrock. (V. Index.)
Simrock....	42	100	142	Policlinique de Bonn.
Dupré......	7	31	40	D'après 40 observations contenues dans sa thèse.
Pfender....	1	36	37	V. Index.
	117	615	732	
	16 0/0	84 0/0		

I. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° Généralités

La variété la plus commune de la luxation congénitale de la hanche, la seule qui soit bien connue, est la luxation iliaque en arrière et en haut, supra-cotyloïdienne.

Les luxations en avant son rares, mais on commence à en avoir un certain nombre d'observations sur le vivant (2) et quelques descriptions anatomiques (3).

(1) Vrolik — Von Ammon.

(2) Lannelongue : Fille de 18 mois 1/2. Luxation du fémur droit. Tête sentie sous la peau au niveau de la branche horizontale du pubis. Rotation en dehors du membre inférieur (Dupré, obs. XXI). Luxation double en avant (obs, XXV). Luxation gauche en avant. Fille 16 mois. La tête fémorale se trouve sous l'éminence iléo-pectinée (obs. XV).

Paci dit en avoir vu quelques exemples à l'Institut des enfants rachitiques, à Milan.

Ridlen (de New-York) en a rapporté deux cas (Phelps, v. Index 94).

(3) Cas de Gerdy : Luxation sur l'éminence iléo pectinée.

Guerin : Luxation sus-pubienne.

Phelps : Luxation en avant et en haut. Enfant de 4 ans 1/2.

Tourtual : Fœtus de 7 mois. Luxation du fémur gauche en bas et en dedans.

Tête fémorale reposant dans une cavité à l'union des branches ascendante de l'ischion et descendante du pubis. Le pubis et l'ischion gauches sont enfoncés vers le sacrum. (Tableau 1) in Guret, Index 46.

Chaussier et Delpech auraient trouvé la tête dans le trou ovale.

Les luxations en haut et un peu en avant sont moins rares (1).

On n'a pas observé jusqu'ici de luxations dans l'échancrure sciatique, à notre connaissance du moins. La tête fémorale peut arriver jusque près du rebord antérieur de la grande échancrure sciatique.

Les luxations n'existent que dans 40 0/0 des cas des deux côtés, comme on peut s'en convaincre en jetant un coup d'œil sur la statistique ci-jointe, contrairement à l'opinion ancienne qui admettait une plus grande fréquence des luxations doubles.

Auteurs.	Simple.	Double.	Total.	
HOFFA......	208	134	342	Statistique déjà vue.
FABBRI	6	8	14	in Guéniot.
GURET......	10	7	17	Peut-être quelques cas communs.
GUÉNIOT....	8	13	21	Dans les statistiques de Guéniot et Guret.
ADAMS......	41	19	60	In Teufel (Index, 117).
VON LESSER.	6	5	11	In Simrock (Index, 130).
SIMROCK....	90	52	142	Policlinique de Bonn, 17 ans.
DUPRÉ......	22	17	41	Thèse 1891 (V. Index, 133).
	391	257	648	
	60 0/0	40 0/0		

Dans les cas de luxation bilatérale, le déplacement est ordinairement symétrique. Les têtes fémorales se trouvent toutes deux luxées en haut et en arrière, mais très fréquemment l'une plus haut ou plus en avant que l'autre. Rarement, une luxation en haut et en avant d'un côté, en haut et en arrière de l'autre (2).

On peut distinguer encore des luxations fémorales complètes et incomplètes ou subluxions. Ces dernières se trouvent surtout dans le jeune âge avant que le sujet ait commencé à marcher, tandis qu'on ne les trouve guère chez les sujets plus âgés.

Ce n'est pas la seule différence que présentent les bassins avec luxation aux diverses époques de la vie ; aussi suivant l'exemple donné par Guret dans son excellent traité d'anatomie pathologique des affections articulaires, étudierons-nous séparément les luxations chez les fœtus et dans la première enfance, puis chez les individus qui n'ont pas atteint leur complet développement, enfin dans l'âge adulte. Pour éviter toute redite inutile, nous renverrons l'étude complète des déformations du bassin au moment où nous nous occuperons de bassin adulte et les altérations musculaires seront traitées dans la seconde enfance. Ce sont là des lésions secondaires importantes ; les premières dans l'âge adulte où elles peuvent influer sur la marche de l'accouchement, les secondes dans l'enfance, au moment où le traitement est entrepris.

2° FOETUS. — ENFANTS QUI N'ONT PAS ENCORE MARCHÉ

Les observations anatomiques à la naissance et dans la première enfance sont surtout intéressantes au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie de l'affection qui nous occupe. C'est à ce moment que nous avons chance de rencontrer les lésions primitives pures. Nous donnons un résumé de 40 observations plus ou moins complètes qui nous ont servi à faire cette étude dans le tableau 1 ci joint. Ce sont des fœtus et enfants jusqu'à l'âge de 20 mois.

On trouve à la place normale de la cavité cotyloïde une fossette arrondie ou ovalaire superficielle, égalant à peine en profondeur la cavité cotyloïde (Cruveilhier, tableau I, n° 1, etc.) Elle est trop petite pour l'âge du sujet (Von Ammon) et par rapport à la tête fémorale (Grawitz, Houel) (1) la forme naturelle est à peu près conservée. Le bourrelet fibro-cartilagineux peut être déprimé à la partie supérieure de la cavité, le sourcil cartilagineux peut même être effacé à cet endroit. Le bourrelet cotyloïdien peut encore être entraîné vers en haut par la tête fémorale (2). Le revêtement cartilagineux existe complet, même épaissi.

Le cartilage en Y existe, mais l'examen microscopique a montré à Grawitz qu'il présente des altérations plus ou moins graves. Dans la zône d'accroissement des os les cellules sont moins nombreuses que normalement; la hauteur des lignées de cellules rangées en séries est réduite au tiers de la hauteur normale (3); cette disposition en séries régulières n'existe même pas toujours; vers la ligne d'ossification, on ne trouve que des accumulations de cellules en groupes irréguliers. Le cartilage d'accroissement n'est donc pas en pleine activité comme dans des cas normaux. Parfois la zône d'ossification paraît manquer, vu qu'on ne trouve aucune trace de l'organisation en séries et même pas d'indice d'une prolifération cellulaire: les noyaux et nucléoles ne sont pas visibles (4). La zône de calcification provisoire manque. Les capsules, avec des contours flous, ne contiennent que de petites gouttelettes graisseuses; le tissu interstitiel hyalin est abondant. Le cartilage en Y est donc ici en état de dégénérescence manifeste, frappé de stérilité. Ces modifications peuvent n'atteindre que deux des pièces contribuant à former le cotyle (5). Les cartilages épiphysaires voisins, ceux des ischions, du fémur, le cartilage en Y de la cavité non luxée présentent l'organisation des séries cellulaires normales et les signes d'une prolifération active.

Ainsi les recherches microscopiques expliquent l'origine de l'exiguïté de la cavité cotyloïde et nous donnent l'équivalent anatomique de cet arrêt de développement dont nous parlions plus haut.

On a trouvé encore dans la cavité déshabitée du tissu

(1) Cas de PALLETTA : Luxation double en avant, près de l'épine il. ant. inf.

(2) GRAWITZ : Obs. I. Fœtus mâle de 8 mois. Fissure de la paroi ventrale avec atrophie du foie, de l'estomac, de l'intestin et du pancréas; scoliose à convexité droite de la colonne dorsale vertébrale. scoliose lombaire gauche. Déviation du sacrum et du coccyx à gauche. Rotation en debors des deux cuisses. Rétrécissement marqué du diamètre oblique droit au détroit supérieur. Les deux acétabulums également rétrécis. *Les têtes fémorales luxées en haut. à droite plus en avant, à gauche plus en arrière.* Les ligaments ronds sont aplatis, longs de huit à douze millimètres. La partie postérieure du cotyle du côté de l'ilion est déprimée et séparée d'une nouvelle surface cartilagineuse par une crête saillante. La capsule articulaire s'insère aux bords de cette surface synoviale, humide, glissante. L'ancienne cavité contient passablement de tissu adipeux. Tête femorale droite globuleuse fixée sur la diaphyse sans limites précises. La tête gauche ressemble à un pain de sucre. Le ligament rond s'insère vers le col.

(1) HOUEL : Tableau I, 12.

(2) BARTH (AD.) : Fille, 7 semaines. Luxation de la banche droite. Tête du fémur en arrière et en haut. Cavité cotyloïde ovale, à grosse extrémité dirigée en arrière et en baut. Le rebord fibro-cartilagineux attiré en haut a cédé et forme un repli saillant en bas et en avant. L'acétabulum contient du tissu adipeux. La tête est trop grosse pour le cotyle. Le ligament rond est long de 17 millim., large de 7 millim. 1/2.

(3) GRAWITZ : 1er et 2e cas.

(4) GRAWITZ : 4e et 5e cas.

(5) GRAWITZ : 7e cas.

adipeux occupant toute la cavité, ou seulement vers l'échancrure. Une sorte de ligament recouvrait transversalement la moitié inférieure du cotyle dans le cas de Paltetta; il peut être rempli en totalité de tissu fibreux (Ruge, etc.).

La tête fémorale n'est que peu déformée, légèrement aplatie à la partie tangente à l'os iliaque; rarement elle est conoïde, en pain de sucre ou marquée d'un sillon par la pression du ligament rond ou du sourcil cotyloïdien. De grandeur normale ou un peu atrophiée, elle est toujours trop grande pour être contenue dans la cavité cotyloïde diminuée de volume.

Le col du fémur est plus court que normalement; il peut manquer tout à fait, de sorte que la tête est appliquée directement sur la diaphyse du fémur. L'angle à sinus inférieur que le col forme avec l'axe du corps du fémur diminue, se rapproche d'un angle droit (1); la direction en avant du col se trouve aussi (2), mais nous retrouverons plus fréquemment ces déviations plus tard.

Le ligament inter-articulaire, ligament rond, existe ordinairement; il a conservé sa forme aplatie normale, peut être très distendu (3), filiforme ou bien plus large, épaissi. Il manque rarement (4).

La capsule n'est pas déchirée, elle est peu modifiée, un peu épaissie seulement. En effet on trouve fréquemment à ce moment des luxations incomplètes; la tête est à cheval sur le bord du cotyle (Verneuil, Parise, Pfender) ou bien la luxation est complète, mais la tête se trouve à côté du cotyle. Ce sont là les luxations intra-cotyloïdiennes et juxta-cotyloïdiennes de Bouvier. La capsule entoure la tête exactement, conservant ses insertions normales au pourtour de la cavité cotyloïde et s'interposant entre la tête et la surface de l'os iliaque. Ou bien la cavité « semble s'être déplacée » (5), c'est-à-dire que la capsule entoure le cotyle normal et une surface cartilagineuse nouvelle sur laquelle repose la tête du fémur; ces deux surfaces sont séparées par une crête osseuse. Il faut que la capsule ait été arrachée de ses insertions normales ou usée par la pression de la tête, comme cela se voit plus tard.

Jamais on ne trouve une nouvelle articulation complète. Le bassin présente une atrophie qui peut frapper tous les os ou seulement une partie d'entre eux. Les points d'ossification d'une vertèbre sacrée peuvent manquer; ou bien c'est l'ischion et le pubis qui manquent. Mais, généralement, on ne trouve qu'une gracilité anormale des os qui peut être attribuée à un arrêt de développement des différents cartilages épiphysaires. Les auteurs modernes ont une tendance à faire remonter à la vie intra-utérine certaines déformations qui ne cadrent pas avec le type du bassin iléo-fémoral de Guéniot. Fischer et Krukenberg admettent un arrêt de développement; le dernier soutient qu'une pression s'exerçant dans l'utérus suivant la direction d'un diamètre oblique produirait et la luxation et la déformation du bassin. Quoi qu'il en soit, on trouve une asymétrie du bassin, avec déviation de la symphyse vers un côté, incurvation latérale du sacrum, etc. (1). Le bassin peut être normal.

Les muscles ne sont pas modifiés en général. Atrophiés dans le cas de Verneuil, déjà rétractés dans un cas de Hoffa. Les fessiers ont disparu dans l'observation de Houel. Guérin les aurait trouvés transformés en tissu fibreux, ceux qui sont trop tendus, rétractés primitivement; en état de dégénérescence graisseuse, ceux qui sont relâchés secondairement (carré-crural, pelvi-trochantériens).

(1) Weckerling : Tableau I, 17.

(2) Grawitz. Tillmanns.

(3) Cruveilhier : Lig, rond d'une longueur démesurée. Hoffa. Ligament rond mesure 3 centimètres 1/2 sur 4 millimètres d'épaisseur. Tableau I *a*, 40-4.

(4) Tourtual-Hoffa : I *a*, 39.

(5) Bouvier : V. Index, 9.

(1) Vrolik : Garçon sept mois. Luxation gauche. Os iliaque gauche placé verticalement. Tubérosité de l'ischion déjetée en dehors. Il commence à se former une gouttière au dessous de l'épine iliaque antérieure et inférieure par la pression du psoas-iliaque.

Krukenberg : Fœtus microcéphale. Luxation double. Déformation oblique du bassin par déviation de l'aile gauche du sacrum qui se dirige en bas et en avant. La 3e vertèbre sacrée n'a pas de noyaux osseux dans son aileron gauche. Le bassin est comprimé dans la direction de son diamètre oblique droit, autrement dit, tordu de gauche à droite autour d'un axe fictif passant par l'aile gauche du sacrum, celui-ci supposé fixe. A gauche la cavité cotyloïde paraît formée de 2 parties séparées par une crête saillante. La supérieure de nouvelle formation sur laquelle repose la tête. Celle-ci ne peut pas être réduite. La capsule est large. A droite la tête se trouve en partie dans le cotyle qui est plus superficiel que normalement. Les ligaments ronds ont 1 centimètre de long.

Voir les cas 1, 2, 8, 10. 11, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 27, 31, 34, 35 du tableau 1.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement de la névralgie faciale.

Par le Dr A.-F. Plicque, ancien interne des hôpitaux.

Le traitement idéal de la névralgie faciale consisterait évidemment à déterminer et à traiter la cause soit locale, soit générale, productrice de la névralgie. Mais si, dans quelques cas, cette détermination est possible, dans bien d'autres force sera d'employer énergiquement divers moyens externes ou internes uniquement dirigés contre les douleurs.

Comme cause locale, la plus importante est certainement constituée par les dents. Le diagnostic étiologique est facile dans le cas de dents cariées, altérées, douloureuses. Il exige plus d'attention dans le cas de dents saines en apparence et offrant seulement un peu de sensibilité au choc ou à la pression, dans le cas de racines recouvertes par la gencive après la destruction de la couronne, dans le cas d'évolution difficile ou vicieuse de la dent de sagesse. Après l'avulsion totale d'une dent, le petit cal qui se forme au niveau de l'alvéole peut même, ainsi que l'a montré Duplay, enserrer un filet nerveux. Cette névralgie des édentés résiste à tous les traitements et ne cède qu'à la résection du bord alvéolaire. Dans une récente communication à l'Académie de Médecine, le Dr Jarie insistait beaucoup sur l'importance de cette cause de névralgie. Il montrait que l'enserrement cicatriciel des extrémités terminales des nerfs peut être observé non seulement après l'avulsion ou la chûte des dents, mais du fait de l'éruption de la dent de sagesse ou de l'arthrite alvéolo-dentaire. La résection de la région alvéolaire cicatricielle lui a permis de guérir dix malades chez qui toutes les médications internes ou externes avaient échoué. Chez quelques-uns le tic douloureux datait de 8, 9, 12, 13 et même 15 ans.

Après les dents, le sinus maxillaire doit être spécialement examiné. Les abcès, les tumeurs du sinus sont souvent pris au début pour de simples névralgies.

Les affections oculaires exposent également à des erreurs

de diagnostic. Les hératites seront facilement reconnues, mais le glaucôme chronique, si on néglige de tenir un compte suffisant de la dilatation, de l'immobilité pupillaire, de l'augmentation de tension du globe de l'œil, est parfois confondu avec une névralgie. Des troubles de l'accommodation et de la réfraction pourraient même être la seule cause d'accidents névralgiques.

Comme causes d'ordre général, la syphilis, l'impaludisme, la neurasthénie, seront assez rarement rencontrés. L'intoxication lente par l'oxyde de carbone, si commune depuis les perfectionnements modernes des appareils de chauffage, joue au contraire un rôle assez fréquent.

A défaut d'indication étiologique bien évidente, quels sont les principaux moyens externes ou internes qu'on peut employer?

La révulsion par les vésicatoires, les pointes de feu, les vésicatoires morphinés sont à la fois d'emploi un peu difficile. M. Jarie a, dans quelques cas, signalé les bons effets obtenus par les pointes de feu appliquées sur la muqueuse buccale et les gencives. On emploiera de préférence le galvano-cautère avec anesthésie par la cocaïne. Le chlorure de méthyle donne, dans certains cas, de très bons résultats. On peut le pulvériser directement sur la face, en ayant soin de protéger l'œil, d'employer un jet fin dirigé obliquement et non perpendiculairement à la peau. Cette pulvérisation directe laisse parfois une pigmentation assez désagréable. Les stypes de Bailly de Chambly évitent cet inconvénient. Les tampons chargés de chlorure de méthyle sont faciles à appliquer sur chaque point douloureux. Le soulagement est souvent instantané. Le chloréthyle, plus maniable, peut être, à condition de protéger l'œil, pulvérisé directement sur la peau. Il offre cet avantage que son emploi peut, au moment des cures, être confié au malade lui-même.

Les courants continus sont particulièrement indiqués dans les névralgies consécutives au zona ophtalmique. L'électrode négative, de soixante centimètres carrés environ, est placée à la nuque, l'électrode positive de quatre centimètres carrés, seulement est laissée successivement trois à quatre minutes sur chaque point douloureux. Cette électrode peut être mouillée avec une solution d'antipyrine au cinquantième ou de cocaïne au centième, L'intensité du courant ne dépassera pas trois à quatre milliampères. Le courant sera établi et suspendu très progressivement pour éviter les phosphènes fréquents, en raison du voisinage du nerf optique. Hirt a également beaucoup vanté la faradisation énergique de la peau, mais ce procédé est extrêmement douloureux.

Comme médicaments internes, on évitera, autant que possible, l'emploi de la morphine. La morphine, surtout en injections sous-cutanées, doit être réservée pour les cures très aiguës et très violentes. En dehors des dangers de la morphinomanie, les névralgies traitées par la morphine semblent devenir particulièrement rebelles et tenaces.

Contre l'insomnie, on préférera à la morphine l'opium, le chloral, le sulfonal. L'opium peut être simplement donné en pilules d'extrait thébaïque de 0 gr. 05 en sirop. Le mélange de sirop thébaïque et de sirop de chloral, à parties égales, est un bon calmant. Le sirop de chloral peut être aussi additionné de 0 gr. 50 à 1 gramme de bromure par cuillerée. Le sulfonal sera donné à doses de 2 à 4 grammes par cachets de 0 gr. 50, il offre cet avantage que l'accoutumance est moins rapide qu'avec les autres soporifiques.

Contre la douleur elle-même, l'antipyrine, même à fortes doses, 6 grammes et plus, échoue souvent. Le salicylate de soude réussit parfois. Le sulfate de quinine sera essayé en cas d'antécédents palustres. Mais les médicaments plus spécialement proposés contre la névralgie faciale sont l'exalgine, l'aconitine, le sulfate de cuivre ammoniacal.

L'exalgine sera donnée par cachets de 0 gr. 20 cent. Deux à trois cachets constituent une dose maxima. Les cachets de 0 gr. 50 ont souvent produit des accidents d'intoxication.

L'aconitine devra être également donnée par doses très fractionnées en granules de un dixième de milligramme pour l'aconitine cristallisée. On ne dépassera pas dix granules en vingt-quatre heures. On surveillera les symptômes : vertiges, engourdissement de la langue, saveur poissée de la bouche, fourmillement des membres inférieurs, qui annoncent l'intoxication.

Le sulfate de cuivre ammoniacal a réussi surtout à Féréol, dans les névralgies avec tic douloureux épileptiforme. On donnera en vingt-quatre heures la potion suivante :

Eau distillée..................................	100 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger....................	30 —
Sulfate de cuivre ammoniacal..................	0 gr. 15.

Pour ménager la tolérance stomacale, on choisira souvent, pour l'administration, le moment des repas.

Quand tous ces moyens échouent, restent les diverses interventions chirurgicales. On ne doit pas trop compter sur les résultats durables fournis par les interventions simples : section du sus-orbitaire, du sous-orbitaire, du dentaire inférieur. Elles devront pourtant être essayées avant les opérations plus complexes et plus graves : résection du nerf maxillaire supérieur, du ganglion de Meckel, du ganglion de Gasser. La résection du bord alvéolaire du maxillaire, quand un point de ce bord alvéolaire paraît douloureux, devrait être, bien entendu, tentée avant les autres opérations.

LETTRES D'ANGLETERRE

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE ANGLAISE

Ce congrès s'est tenu à Bristol, du 3 juillet au 3 août 1894. Deux questions importantes et de pleine actualité y ont été traitées. L'une, la grippe et ses complications, intéresse surtout les médecins ; l'autre, le traitement opératoire des perforations intestinales, est plutôt du ressort des chirurgiens. Nous allons donner ici un résumé de ce congrès.

Etude de la grippe.

Après avoir exposé ses observations personnelles, M. le Dr G. Stewart étudie surtout les complications de la grippe. Les troubles survenus du côté de l'appareil digestif doivent entrer les premiers en ligne de compte, d'autant plus qu'il est fréquent de les voir persister pendant des semaines et quelquefois des mois après l'attaque aiguë de grippe. Anémie, purpura, goutte, diabète accompagnent souvent cette attaque et font leur apparition à l'époque de la convalescence.

Mais de tous les appareils, ce sont l'appareil circulatoire et l'appareil respiratoire qui sont le plus fréquemment victimes des complications de la grippe. On observe très souvent une bronchite persistante, analogue parfois à la bronchite des asthmatiques. Elle est longue, mais pas grave. Beaucoup plus grave est la pneumonie, quelque forme catarrhale qu'elle revête. Enfin, pleurésie et empyème peuvent également se mettre de la partie. Y a-t-il une relation entre la grippe et la phtisie? Il semble être certain que la phtisie et la grippe ne restent jamais étrangères l'une à l'autre. Telle phtisie a l'influenza comme premier stade.

Tels phtisiques, jusque-là bien portants, sont pris par l'influenza qui réveille chez eux le bacille endormi, accélérant le processus, autrefois lent, de la désagrégation du poumon, et les conduit rapidement à la cachexie et à la mort.

Le rein ne reste pas étranger à l'infection grippale. Albuminurie, hématurie, congestion rénale peuvent se présenter qui, dans quelques épidémies, se terminent par une urémie mortelle.

Le système nerveux, que l'on a coutume de voir attaqué des premiers par l'infection, manifeste au début de la grippe des désordres peu importants, mais qui peuvent s'aggraver pendant la convalescence comme il arrive très souvent. Stewart dit avoir observé de nombreux cas de névrite périphérique, localisée aux pieds et aux mains ; il a eu aussi des exemples de méningite et de congestion rachidienne.

Nous signalerons enfin, avec lui, les accidents que l'on peut observer du côté des yeux et des oreilles: kératite, iritis, glaucôme, asténopie, blépharospasme, otite suivie de surdité.

Mais quelle est la pathogénie de ces complications ?

Stewart admet, à l'instar de beaucoup d'autres agents infectieux, que le bacille de la grippe agit sur l'organisme par les substances chimiques qu'il sécrète ; et c'est dans la rate que ces substances sont élaborées. La rate grippale est, en effet, toujours hypertrophiée. Les toxines agiraient alors sur le système nerveux et produiraient par cette intoxication les phénomènes nerveux dont nous avons parlé.

Quant au traitement de la grippe, le Dr Stewart recommande les injections d'eucalyptol et de menthol dans la trachée. Si le malade est atteint de bronchectasie, on devra lui faire des injections intra-trachéales d'un mélange à 10 0/0 d'huile d'olive et de menthol, auquel on pourra ajouter 2 0/0 de gaïacol. C'est en définitive la méthode que Stewart conseille d'appliquer aux malades atteints de la grippe.

Traitement opératoire des perforations intestinales.

De toutes les perforations intestinales possibles, M. P. Gould n'envisage que des perforations produites par l'ulcère de l'estomac et du duodénum et par l'ulcération des plaques de Peyer dans la fièvre typhoïde.

L'ulcère perforant de l'estomac et du duodénum s'observe, de préférence, chez les femmes jeunes et anémiques et en particulier les domestiques. Les hommes d'un âge moyen peuvent en être atteints.

On ne rencontre, généralement, qu'un seul ulcère dans l'estomac. Il est situé presque toujours au niveau de la petite courbure, presque jamais au niveau de la grande. De profondeur variable, et de dimensions qui varient de celle d'une pièce de cinquante centimes à celle d'une pièce d'un franc. Le péritoine ou du tissu inflammatoire en tapisse le fond. Douleur très intense après le repas, fréquents vomissements, hématurie et mélæna : tels sont les principaux signes auxquels se reconnaît aisément l'ulcère de l'estomac.

Mais les symptômes douloureux peuvent faire défaut et il ne faudrait pas en faire un élément absolu de diagnostic. Le plus généralement, l'ulcère se cicatrise ; dans une proportion de 25 0/0 environ, il se produit une perforation.

Quel sera le traitement chirurgical de cet ulcère ? Un peu contraire aux idées de Billroth, qui recommande de faire la laparotomie, d'exciser l'ulcère et de suturer la plaie, P. Gould ne recommande l'opération que si l'on a pu diagnostiquer le siège exact de l'ulcère. Il faut se rappeler, de plus, que 85 0/0 des ulcères guérissent par le traitement médical.

Si la perforation de l'ulcère se fait dans le péritoine, il n'est pas rare de voir la mort subite survenir. Elle peut être le fait d'un choc, mais le plus ordinairement la péritonite en est la cause. Contre le choc, le chirurgien n'a rien à faire, sinon réchauffer le malade et lui faire des injections de morphine.

Mais le chirurgien doit chercher à prévenir la péritonite, et le nettoyage du péritoine est le seul moyen d'y parvenir. On nettoyera donc avec soin le péritoine, on suturera ensuite l'ulcère et, quand cela sera possible, on suturera l'estomac à la paroi abdominale.

A quel moment faudra-t-il intervenir ?

Jamais après le choc, cela va sans dire, mais ne pas attendre cependant la généralisation de la péritonite. On fera l'incision sur la ligne médiane, on lavera le péritoine avec de l'eau salée ou bouillie chaude ; ne pas employer, dit Gould, les solutions acides ni toxiques.

M. Maclaren, tout en insistant sur la nécessité de faire une toilette minutieuse du péritoine, recommande de nourrir uniquement le malade par voie rectale, après l'opération.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 août.

Tétanos.

M. Le Roy des Barres relate l'observation de quatre cas de tétanos qui lui paraissent militer en faveur de l'origine équine de cette affection. Dans un premier cas, il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, charretier, qui est atteint de tétanos quatre jours après avoir reçu une légère blessure au visage ; les symptômes tétaniques, trismus, opisthotonos se compliquèrent de paralysie faciale et le malade succomba quinze jours après le début, malgré le traitement choralé. Cet homme habitait au rez-de-chaussée d'une chambre dont l'accès a lieu par une écurie ; depuis cinq ans que cette écurie est occupée, aucun animal n'a été atteint de tétanos, mais elle a renfermé des harnais provenant d'un cheval tétanique mort dans un autre local.

L'examen bactériologique n'a rien montré.

Le second cas a trait à un jeune homme de 17 ans qui eut le pouce écrasé par une couverture de poêle; la plaie, souillée de terre, fut pansée antiseptiquement; néanmoins, quelques jours après, survint du trismus; on n'hésita pas à pratiquer l'amputation de la phalange, et la guérison du tétanos est le résultat de cette intervention. Ce malade semble devoir son atteinte de tétanos à son habitude de vivre dans une écurie dans laquelle le bacille de Nicolaïer a été trouvé par M. Netter.

La femme qui fait l'objet de la troisième observation était une matelassière qui, présentant une légère blessure au pied, a eu à refaire les matelas du malade précédent et a pu ainsi se contagionner. Cette malade est morte.

Le quatrième cas est celui d'un blessé apporté sur une charrette, enveloppé dans une couverture d'écurie, qui fut atteint de tétanos neuf jours après et mourut malgré l'administration du chloral et des injections de sérum antitoxique.

M. Le Roy des Barres conclut en montrant le résultat inédit de la contagion survenant chez des individus en contact avec des chevaux ou des objets d'écurie ; il estime que pour assurer la prophylaxie du tétanos il ne faudrait pas hésiter plus longtemps à inscrire cette maladie sur la liste des affections à déclarer par les vétérinaires.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 juillet.

Stabilité des solutions aqueuses de bichlorure de mercure.

M. E. Burcker. — Dans une nouvelle série d'expériences, j'ai cherché à déterminer la stabilité des solutions aqueuses de bichlorure de mercure, préparées avec de l'eau ordinaire et additionnées de faibles proportions d'acide chlorhydrique. J'ai constaté ainsi que ces solutions ne subissent que des altérations insignifiantes, lorsqu'elles sont conservées au contact de l'air et de la lumière et qu'elles sont inaltérables lorsqu'on les soustrait à cette double influence.

Des expériences absolument semblables faites avec des solutions de bichlorure de mercure à 1 0/00 additionnées de 50 centigrammes d'acide tartrique par litre m'ont permis de constater que ce dernier acide exerce sur ces solutions la même action que l'acide chlorhydrique.

Quant au carmin d'indigo, avec lequel on a continué de colorer les solutions de bichlorure de mercure, il ne produit sur elles aucune action décomposante lorsqu'elles sont préparées à l'aide de l'eau distillée, alors même qu'elles restent exposées à l'action de la lumière.

Lois nouvelles de la contraction pupillaire.

M. Ch. Henry. — Soit que j'aie repris les expériences de Lambert cherchant à déterminer la relation qui existe entre l'ouverture de la pupille, la clarté de l'image rétinienne et la grandeur de l'image, soit que j'aie entrepris d'autres séries d'expériences : *a*) en faisant varier la clarté de l'image et conservant constant le nombre proportionnel à la surface de l'image rétinienne; *b*) en faisant varier ce nombre et conservant constante, au contraire, la clarté de l'image, je puis dire qu'il ressort de mes recherches :

1° Que la part contributive moyenne de chaque élément rétinien à la contraction pupillaire augmente d'abord très vite, puis très lentement, quand l'état rétinien d'une même image augmente ;

2° Que cette part contributive varie en raison inverse de la surface impressionnée (les éléments centraux — les moins sensibles — sont les plus constricteurs) ;

3° Qu'il existe pour la contraction pupillaire un de ces mécanismes régulateurs, dont on constate l'existence dans d'autres domaines du système nerveux et qui tendent à assurer la stabilité de l'organisme.

Séance du 6 août.

Des applications périphériques d'alcaloïdes dans le traitement des maladies aiguës à détermination cutanée.

MM. Guinard et Geley. — Dans une précédente note, nous avons signalé la possibilité que l'on a de mettre en jeu le système régulateur de la thermogenèse et de produire, par exemple, la baisse thermique chez les fébricitants par l'action périphérique cutanée de certains alcaloïdes ou glycosides (cocaïne, solanine, elléboréine et spartéine). Mais dans ce travail nous n'avions présenté que les faits relatifs à l'influence des actions périphériques sur la température, sans nous préoccuper d'une façon spéciale des effets de ces actions sur la courbe générale et la marche des maladies aiguës. A ce point de vue, celles-ci se sont nettement divisées en deux groupes, dont l'un comprend les affections à localisation précise sur un organe important, maladies à détermination centrale ou viscérale, et l'autre, les affections à détermination cutanée.

Dans les maladies viscérales, à part les modifications momentanées de la température survenues dans les vingt-quatre premières heures, l'action thérapeutique des badigeonnages a été à peu près nulle et n'a en rien modifié la marche, la durée et la gravité de l'affection. Mais il n'en a pas été de même dans les maladies aiguës à détermination cutanée. Là, les badigeonnages, pratiqués exactement et toujours suivant les indications et les règles que nous avons déjà fait connaître, ont donné des résultats fort intéressants, dans tous les cas non compliqués où nous les avons employés. Dans ces essais, nous nous sommes constamment servis de la spartéine, à cause de la longue durée de son action. Nous avons constaté d'abord que l'effet momentané, consécutif à chaque badigeonnage, est plus intense dans les maladies à détermination cutanée que dans les affections du premier groupe : au lieu de 1° à 1°5, on constate des baisses de température de 3°, 4° et même 5° ; de plus, la courbe générale est entièrement modifiée, parfois ramenée immédiatement à la normale, présentant, dans d'autres cas, des oscillations inattendues, mais toujours évidemment plus courtes que normalement. C'est en particulier dans la rougeole, la scarlatine, l'érythème noueux, l'eczéma avec fièvre, l'*érysipèle* surtout et la variole que nous avons employé notre méthode avec avantage.

Dans la variole, nous croyons que les badigeonnages périphériques de spartéine auront une utilité réelle et pourront rendre moins sombre le pronostic de la maladie, soit au point de vue de sa terminaison, soit au point de vue de ses suites.

CONGRÈS FRANÇAIS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Tenu à Clermont-Ferrand du 6 au 11 août 1894.

Le cinquième Congrès annuel des Médecins aliénistes et neurologistes s'est tenu cette année à Clermont-Ferrand. De nombreuses questions y ont été traitées. Nous citerons ici les principales et nous donnerons un court résumé de chacune d'elles.

De l'assistance et de la législation relatives aux alcooliques.

M. Ladame (de Genève). — Il faut mettre en œuvre tous les moyens prophylactiques, répressifs et curatifs que fournissent l'initiative privée, la législation et l'assistance par l'Etat.

a) Parmi les moyens prophylactiques, M. Ladame met en avant : l'éducation de l'enfance, l'amélioration du logement des ouvriers et de l'alimentation populaire, les institutions qui développent la situation matérielle et morale des classes ouvrières. Il faut s'efforcer de propager partout la fondation des Sociétés de tempérance qui préparent l'opinion publique et provoquent souvent des mesures législatives que l'on étudiera plus loin.

b) La législation est restée jusqu'ici impuissante, voici comment elle peut corroborer utilement à la lutte contre l'alcoolisme :

1° En frappant la vente des spiritueux falsifiés et impurs;

2° En punissant les aubergistes et les débitants qui favorisent l'ivresse de leurs clients et qui donnent des spiritueux à boire à des mineurs. Tout individu qui a sciemment enivré une autre personne devrait être puni par la loi;

3° En punissant l'ivresse publique. Mais cette punition ne s'est montrée efficace que dans les pays où des mesures énergiques de prévention la rendent rare et condamnable par l'opinion;

4° En punissant plus sévèrement non seulement les récidives, mais surtout l'ivresse qui se produit en certains lieux (tribunal, église, assemblées publiques, etc.) ou pendant certaines occupations qui constituent un danger pour autrui;

5° L'irresponsabilité médico-légale des délirants alcooliques doit entraîner leur internement d'office dans des établissements spéciaux dont ils ne pourront sortir qu'après guérison complète et lorsque toute crainte de rechute sera écartée. Ils y seront réintégrés à la première menace de récidive.

Enfermer les délirants alcooliques dans des établissements spéciaux d'où ils ne sortiront qu'après guérison complète. Infliger aux buveurs la déchéance de la puissance paternelle. Restreindre le nombre des cabarets en faisant accompagner cette mesure de mesures restrictives sur la fabrication et le commerce des spiritueux. Monopotiser les spiritueux entre les mains de l'Etat; mais il y a trois sortes de monopoles qui ne sont pas également appli-

cables dans tous les pays, comme ils le sont en Suisse par exemple.

Ce sont : le monopole de fabrication, le monopole de rectification et le monopole de vente. Adopter l'un ou l'autre ou les combiner deux à deux suivant les cas.

c) L'assistance aux alcooliques réclame la fondation d'asiles pour la guérison des buveurs. Ces asiles remplaceraient avantageusement les maisons de correction. On devrait y interdire l'usage de tout alcool, autant pour le personnel que pour les pensionnaires. L'assistance aux alcooliques réclame aussi la fondation d'hospices spéciaux pour l'internement, la détention et le traitement des buveurs aliénés, épileptiques, délinquants ou moralement pervertis.

M. Legrain (de Ville-Evrard) critique la proposition faite par M. Ladame pour la création d'asiles spéciaux aux alcooliques. Il insiste sur l'incompatibilité de cette mesure avec notre législation, due à ce fait que le retour de l'ivrogne, même guéri, dans la société, telle quelle est actuellement réglée, serait la pire des choses et la ruine même du procédé. Il tire de ses remarques les conclusions suivantes :

1° Il est nécessaire de maintenir séquestrés certains ivrognes dans des conditions à déterminer ;

2° Il est clair que cette maintenue ne peut être autorisée dans l'état actuel de notre législation.

Et il propose, en conséquence, à l'adoption du Congrès les vœux suivants :

1° Que les ivrognes soient traités dans des asiles spéciaux ;

2° Qu'ils puissent être maintenus dans ces asiles tant que leur libération peut faire craindre des récidives ;

3° Qu'il soit fait dans la loi sur les aliénés une distinction entre les maisons de traitement pour les aliénés et les établissements destinés à la cure de l'ivrognerie ;

4° Enfin, que cette même loi comporte un dispositif spécial à l'égard des ivrognes, permettant de sauvegarder la sécurité publique tout en assurant leur traitement rationnel.

M. Joffroy (de Paris) reconnaît l'utilité incontestable des asiles spéciaux pour les alcooliques qui sont des intoxiqués comme les morphinomanes et que l'on doit traiter absolument comme eux.

Mais l'asile semble surtout indiqué pour certains alcooliques prédisposés chez lesquels l'alcool est la cause occasionnelle de l'apparition de troubles mentaux passagers.

D'autre part, il y a intérêt à ne pas établir de services généraux communs au quartier d'alcooliques et au quartier affecté aux aliénés ordinaires des asiles en question, pour ne pas voir survenir dans ces asiles spéciaux les faits qui se passent actuellement dans nos asiles, et qui sont un obstacle sérieux au traitement des alcooliques.

En troisième lieu, M. Joffroy envisage la question de la progression constante de l'alcoolisme en France. Cela tient à la plus grande quantité d'alcool absolu que l'on consomme aujourd'hui. Parallèlement on observe des cas de folie de plus en plus nombreux. Or, l'alcool est d'autant plus délétère qu'il est moins pur. Et ce sont les alcools impurs pour lesquels la fraude s'exerce sur une plus grande échelle.

Contre cet état de choses, M. Joffroy émet le *desideratum* que voici : Création par l'Etat du monopole de l'alcool et surtout surveillance de sa rectification.

En définitive, sur cette question de l'alcoolisme dont les conséquences de plus en plus étendues et de plus en plus irrémédiables réclament des mesures pressantes, le Congrès de Clermont a émis les vœux suivants :

1° Que des asiles spéciaux soient fondés pour le traitement des buveurs ;

2° Que des mesures législatives spéciales soient prises à l'égard des buveurs d'habitude, qui constituent un véritable danger pour la société ;

3° Que les médecins aliénistes soient consultés pour tout ce qui concerne la construction et l'aménagement des asiles de buveurs.

Un cas de myxœdème opératoire traité par l'ingestion de glande thyroïde de mouton.

MM. Brissaud et Souques (de Paris). — Une de nos malades, âgée de 46 ans, a présenté dernièrement, à la suite d'une tyroïdectomie partielle pratiquée pour un goître plongeant, d'abord des phénomènes de tétanie et, plus tard, du myxœdème.

A son entrée à la Salpêtrière, signes habituels du myxœdème : infiltration des téguments, suppression des fonctions cutanées, raréfaction des poils, etc., etc.; peu de troubles intellectuels ; surtout sensations de refroidissement et de somnolence invincible.

Le 24 juin, elle pèse 58 kilos ; température centrale de 36° 8 ; 84 pulsations par minute ; taux des urines égale 900 à 1,000 grammes.

Le 25 juin, elle commence le traitement en prenant un lobe frais et cru de glande thyroïde de mouton. Et ainsi pendant 4 jours. Elle ne prit ensuite qu'un lobe tous les deux jours. Depuis un mois, la malade a pris 15 lobes de corps thyroïde de mouton. Sa température s'est élevée dès les premiers jours. Son pouls est devenu plus fréquent, la diurèse s'est établie, les sueurs sont revenues, le refroidissement et la torpeur n'existent plus. L'amélioration de notre malade est évidente, il n'est pas douteux qu'elle guérisse.

Des urines à la seconde période de la paralysie générale.

MM. Klippel et Servaux (de Paris) concluent, d'après leurs recherches, que les urines des paralytiques généraux sont extrêmement variables comme composition et comme quantité. A la seconde période de la paralysie générale, il existe cependant une polyurie incontestable ; les urines sont de densité faible et de coloration claire, avec un dépôt muqueux assez abondant. L'excrétion de l'urée est diminuée d'une façon sensible, ainsi que celle des phosphates, tandis que celle des chlorures est au contraire augmentée. Il y a toujours de l'albumine, très fréquemment des peptones et souvent de l'acétone.

Paralysie générale à forme tabétique.

M. Joffroy cite le cas d'un malade qui, en 1890, présentait tous les symptômes du tabes et, en 1892, tous les symptômes d'une paralysie générale. Il est mort cette année à la suite d'un accès maniaque violent. Il présentait cependant une amélioration très marquée de la marche et la disposition du signe de Romberg.

Voici ce que révéla l'examen histologique :

Sur une coupe au niveau du tiers moyen de la région cervicale de la moelle épinière, on trouve les racines saines ; les méninges sont épaissies. Les cordons de Goll sont pris dans leur totalité et leur lésion s'étend en se réfléchissant à la façon d'une bordure au niveau de la commissure postérieure. Dans le faisceau pyramidal croisé et la zône de Gowers les vaisseaux présentent des gaines épaissies et les capillaires sont entourés d'un tissu interstitiel plus abondant que d'habitude. Les faisceaux latéraux postérieurs sont sains.

Au niveau de la région cervicale inférieure les modifications sont profondes. Il existe de la méningite, et dans les cordons de Goll et la zône voisine de la commissure postérieure on observe les même lésions que sur la coupe précédente. Au niveau des racines postérieures on constate des lésions, mais légères. De plus, on trouve ici la lésion dans la zône latérale des cordons postérieurs.

Sur une coupe de la région dorsale moyenne on voit : l'épaississement des méninges avec périartérite, dans les cordons postérieurs les mêmes lésions que sur la coupe précédente, et au niveau des racines postérieures des lésions qui, sans être très profondes, le sont plus que sur la coupe précédente.

Dans les cordons latéraux (faisceau pyramidal croisé) on n'a

plus la lésion constatée plus haut, mais seulement un très léger épaississement des vaisseaux de cette région.

Dans la région dorso-lombaire on note l'épaississement des méninges et de leurs vaisseaux, la sclérose de l'ensemble des cordons postérieurs, l'atrophie des cellules de la corne antérieure et de la colonne de Clarke. La lésion des racines est loin d'atteindre ce qu'on voit dans le tabes.

Sur les coupes de la région dorso-lombaire, il y a de la méningite spéciale, pas de lésions dans les cordons antéro-latéraux, et une lésion totale des cordons postérieurs s'avançant jusqu'à environ un quart de la distance de la commissure postérieure à la périphérie.

Ces lésions diffèrent, en somme, des lésions du tabes. Le tabes n'a pas de lésions si développées des cornes antérieures et des racines ont des altérations plus accentuées. C'est à une paralysie générale spinale ayant simulé le tabes, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, que l'on a eu affaire dans le cas rapporté par M. Joffroy.

Des lois psychophysiques en pathologie nerveuse.

M. Mendelssohn. — On pourrait croire que tout processus pathologique intéressant un organe sensoriel entraîne fatalement une altération correspondante dans sa fonction. Or, dans les affections avec lésions destructives, M. Mendelssohn n'a observé que des troubles relativement faibles du côté de la perceptibilité différentielle ; il a observé tout le contraire dans les amblyopies fonctionnelles des hystériques, chez lesquelles la perceptibilité différentielle est sensiblement diminuée. Ce fait a une grande importance, au point de vue du diagnostic différentiel, dans les affections du système nerveux central (hémiplégie hystérique et d'origine cérébrale.)

Les hystériques ont donc une diminution de la perceptibilité différentielle; elles ont aussi un rétrécissement plus ou moins prononcé du champ visuel. Plus le champ visuel se rétrécit, plus la perceptibilité différentielle diminue. Chez les tabétiques, au contraire, il n'existe pas de raports entre la vision périphérique et la perceptibilité différentielle.

Au point de vue clinique, l'étude des rapports qui existent entre la perceptibilité différentielle et l'acuité visuelle donne des détails intéressants. Dans toute perception nette, il y a deux facteurs mis en jeu : la perceptibilité différentielle et l'acuité visuelle ; or, dans l'œil malade il existe certaines divergences entre ces deux facteurs. La relation qui existe entre eux a une valeur pathognomonique pour certaines affections : c'est ce que M. Mendelssohn appelle le *symptôme de la relation.*

Ce symptôme divise, au point de vue des troubles visuels, les maladies du système nerveux en deux grandes catégories :

1° Celles dans lesquelles l'acuité visuelle est plus troublée que la perceptibilité différentielle (alcoolisme, ataxie, etc.);

2° Celles dans lesquelles la perceptibilité différentielle est plus troublée que l'acuité visuelle (hystérie).

On voit par là toute l'importance du *symptôme de relation* pour le diagnostic différentiel de l'amblyopie dans l'hystérie et dans le tabes.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE DE CHIRURGIE

Des ruptures externes des varices des membres inférieurs, par M. J. Ménina. Th. Paris.

L'auteur rapporte cinq observations de ruptures externes de varices des membres inférieurs, dont une inédite, provenant du service de M. Pozzi. C'est consécutivement à l'ulcération des parois veineuses, ou même à un traumatisme insignifiant, que l'hémorrhagie a pu se produire. L'écoulement sanguin est particulièrement persistant; la compression est le meilleur moyen de l'arrêter.

Des greffes dermo-épidermiques à lambeaux confluents, par M. R. Nogué. Th. Paris.

Nouvelle contribution à l'étude de la greffe dermo-épidermique. Alors que Thiersch anesthésie avec le chloroforme et emploie dans le pansement consécutif des solutions de chlorure de sodium, proscrivant les antiseptiques comme nuisibles à la vitalité des greffes, M. Nogué recommande l'usage de ces derniers et se sert de la cocaïne. Il place ses lambeaux très larges et très épais en contact les uns avec les autres, pour que toute la surface de l'ulcère soit recouverte d'un tissu nouveau.

Du cancer secondaire des côtes, par M. J.-A. De Paulo. Th. Paris.

L'auteur n'a pu trouver dans la littérature médicale que douze cas de cancer secondaire des côtes. C'est assez dire la rareté de cette affection, bien que, en raison de la difficulté de son diagnostic, elle ait pu souvent passer inaperçue. Et cependant le diagnostic de cancer secondaire des côtes est important, car, aggravant le pronostic, il contre-indique formellement l'ablation de la tumeur primitive.

De la cholécystentérostomie en général et de quelques points en particulier, par M. E.-J. Paturet. Th. Paris.

La cholécystentérostomie ou entérostomie biliaire consiste dans l'abouchement de la vésicule biliaire avec l'intestin. Elle est indiquée dans les cas de rétention de la bile par obstruction du canal cholédoque.

On décrit cinq temps à cette opération : l'incision des parois abdominales, l'exploration des voies biliaires, le choix de l'anse intestinale, l'établissement de la fistule cystico-intestinale, la fermeture de la paroi abdominale suivie de pansement.

De tous les points de la cholécystentérostomie, un de ceux qui ont été le plus discutés et sur lequel il existe encore quelques divergences d'opinion, pratiquement tout au moins, est celui qui a trait à la portion de l'intestin que l'on doit aboucher avec la vésicule biliaire. Le duodénum paraît devoir être le lieu d'élection, mais toutes les fois seulement que ses rapports avec la vésicule biliaire permettront, sans traction, le contact des deux organes. Dans les cas contraires, on choisira dans l'intestin grêle l'anse à la fois la plus rapprochée du duodénum et la plus voisine de la vésicule.

Une vésicule dilatée facilitera l'opération, tandis qu'une vésicule rétractée la rendra plus laborieuse, dangereuse même, et absolument contre-indiquée, si les parois présentent la moindre trace d'altération. Cette altération peut, en effet, s'accompagner de lésions de voisinage, parmi lesquelles l'artérite de l'artère hépatique, qui peut donner lieu à des hémorrhagies graves.

M. Paturet a pu reproduire onze observations de cholécystentérostomie, depuis celle que Winiwarter pratiqua le premier en 1880 jusqu'à celle que, en 1893, M. Reclus fit subir à un Portugais et récemment publiée par maint recueil périodique. L'entérostomie biliaire a fourni depuis un autre éclatant succès à M. Terrier, mais ce fait n'était pas connu de l'auteur au moment où il écrivait sa thèse.

M. Paturet n'a pas eu la prétention de faire une œuvre originale, il a voulu mettre en lumière des détails inédits et fournir une mise au point de la cholécystentérostomie : il y a pleinement réussi.

Recherches cliniques sur les relations pathologiques entre l'œil et les dents, par M. F. Courtaix. Th. Paris.

Une pratique de plusieurs années à la clinique odontalgique de l'hospice des Quinze-Vingts a permis à M. Cour-

taix de rencontrer un certain nombre d'affections oculaires plus ou moins graves qui, après avoir résisté à tout traitement, cédaient rapidement dès qu'on avait guéri une affection dentaire concomitante, comme si l'affection oculaire n'était qu'un retentissement et pour ainsi dire un symptôme de l'affection dentaire. Inversement, il lui a été possible de voir des affections dentaires provoquer du côté de l'œil des troubles très variés. Il existe donc des relations pathologiques réelles entre l'organe de la vue et le système dentaire.

Quelques affections de l'œil provoquent dans les nerfs dentaires des névralgies assez violentes pour faire croire à la carie des dents et peuvent en occasionner le sacrifice inutile.

Les causes qui, du côté des dents, peuvent amener des troubles oculaires plus ou moins graves sont : la carie ; la périostite alvéolo-dentaire ; l'extraction surtout, quand elle s'accompagne de désordres étendus, de suppuration de l'alvéole, d'inflammation du sinus maxillaire ou du tissu cellulaire de l'orbite ; l'évolution vicieuse de la dent de sagesse ; les corps étrangers de la cavité des dents ; les obturations mal faites ; les pièces prothétiques défectueuses.

Les affections oculaires les plus fréquentes, consécutives aux lésions du système dentaire, sont : les amblyopies et les troubles de l'accommodation, la mydriase et le myosis, la périorbite et l'exophtalmie, les spasmes et paralysies des muscles des paupières et du globe oculaire, les maladies phlycténulaires de la conjonctive, les ulcères de la cornée et l'hypopyon, l'iritis et l'irido-choroïdite, le glaucôme, l'amaurose.

Dans tous les cas ci-dessus, alors que la cause échappera ou que le traitement habituel se montrera impuissant à guérir, on devra examiner avec soin le système dentaire et, si l'on y trouve des lésions, instituer un traitement convenable. Bien que passagers généralement et cessant avec la cause qui les a fait naître, les troubles provoqués du côté de l'œil peuvent dans quelques cas, surtout si on les a négligés, persister et entraîner de graves conséquences.

De l'énucléation intra-glandulaire des goîtres solides, par M. Chamazzi. Th. Paris.

L'extirpation totale ou partielle du goître est à rejeter par crainte de myxœdème. L'énucléation intra-glandulaire convient aux goîtres bénins, les seuls que M. Chamazzi a voulu envisager. L'opération s'impose avant que la tumeur ait pris un développement assez considérable pour amener soit des déformations de la trachée, soit de la dyspnée.

Que si les nodosités goîtreuses étaient trop nombreuses et l'hémorrhagie trop abondante, on serait autorisé à recourir au procédé mixte de l'énucléo-résection de Kocher ou même à l'ablation partielle du corps thyroïde.

C. A.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Hôpitaux de Paris.

Hôpital Boucicaut. — C'est le 8 septembre, à une heure, au tribunal de commerce, que seront mis en adjudication les travaux de l'Hôpital Boucicaut, évalués ensemble à 2 millions 881,830 francs.

Hôpitaux militaires.

L'administration centrale de la guerre vient de publier le compte général du matériel de guerre pour l'année 1891. Il résulte de cette récapitulation une augmentation de 51 millions environ sur le compte de 1890. Le total général est de 2 milliards 500 millions et demi, et, dans ce compte, nous relevons une somme de 58 millions qui figure comme représentant la valeur du matériel des hôpitaux militaires.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes des pays de langue française en 1895.

Ce congrès annuel aura lieu à Bordeaux.

Suppression d'une chaire.

Par décret en date du 25 juillet 1894, la chaire de thérapeutique et hygiène de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes est supprimée à dater du 1er novembre 1894.

Il est créé à ladite école une chaire d'histologie.

Congrès international de chimie appliquée.

Le Congrès international de chimie appliquée, qui a eu lieu à Bruxelles et à Anvers du 4 au 11 août, et qui comprenait plus de 400 membres délégués de tous les gouvernements et d'une foule de Sociétés scientifiques de France, d'Allemagne, d'Autriche-Hongrie, d'Italie, de Russie, de Roumanie, des Etats-Unis d'Amérique, de la Chine, du Japon, etc., a choisi à l'unanimité *Paris* pour siège du prochain Congrès en 1896, et a chargé l'association des chimistes de sucrerie et de distillerie de France et des colonies de l'organiser. Des décisions très importantes ont été prises au Congrès de Bruxelles pour l'unification des méthodes d'analyses et pour la répression de la fraude dans le commerce des denrées alimentaires. A la suite d'un rapport de l'un des délégués français, M. F. Dupont, le Congrès a admis à l'unanimité le litre métrique français à l'exclusion du litre allemand ou litre de Mohr, pour base de jaugeage et de la graduation des instruments de chimie, de même que le thermomètre centigrade français à l'exclusion des thermomètres Réaumur et Farenheit, les seuls usités encore aujourd'hui en Allemagne, en Angleterre et aux Etats-Unis.

Concours de fumivorité.

La Ville de Paris vient d'instituer un concours pour déterminer les meilleurs moyens de supprimer ou d'atténuer la fumée des usines à vapeur. Les personnes désireuses de prendre part à ces concours, trouveront à la direction des Travaux de Paris, à la préfecture de la Seine, les documents nécessaires et les lauréats du concours recevront des primes. Dernier délai du concours, 1er novembre 1894.

Congrès international pour la protection des animaux utiles.

Le Congrès international pour la protection des animaux utiles, réuni à Berne, a entendu le rapport sur la question de *l'abatage du bétail* en Suisse et en Saxe, où le mode israélite est interdit. Divers délégués allemands ont demandé au Congrès d'approuver la Suisse et la Saxe. Le groupe modéré a proposé de prendre simplement acte des rapports, ce qui a été décidé à une grande majorité.

Une séance a été entièrement consacrée à la *vivisection*. Le prélat Landsteiner, de Vienne, a lu un très long rapport contre les horreurs pratiquées au nom de la science. Il a été fréquemment applaudi. Il a conclu en demandant que le Congrès condamne la vivisection aussi longtemps qu'il ne sera pas apporté de preuve que les expériences se font sans cruauté. De nombreux orateurs ont parlé tous contre la vivisection. M. Kapf, délégué de Stuttgart, a dit que le moment était enfin venu de prendre des résolutions énergiques. L'Europe et l'Amérique les attendent. Il a donné lecture d'un télégramme qu'il venait de recevoir de Londres, signé de nombreux dignitaires anglais, dont huit évêques, et demandant que le Congrès condamne résolument la vivisection. M. Sigmund, professeur à Bâle, a proposé de condamner la vivisection en principe, mais de laisser agir les Sociétés de tous pays et d'attendre les résultats de leurs efforts.

Exposition internationale d'hygiène urbaine et maritime et d'hydrothérapie à Boulogne-sur-Mer.

L'Exposition d'hygiène urbaine et maritime et d'hydrothérapie organisée à Boulogne-sur-Mer a ouvert ses portes depuis quelques jours et déjà elle s'annonce comme un succès.

L'inauguration officielle en a été faite le dimanche 5 août, par M. Mastier, directeur des affaires départementales et communales, délégué du ministre de l'intérieur.

Outre son caractère d'utilité, cette exposition intéressante au point de vue du confortable dans l'existence présente des côtés pittoresques; il est curieux de constater et d'étudier.

A cette époque de l'année où Bolougne-sur-Mer contient une nombreuse colonie étrangère, les galeries de l'Exposition d'hygiène ne désemplissent pas.

Grâce aux facilités accordées aujourd'hui par les chemins de fer pour se rendre à la mer, rien n'est plus aisé que de passer quelques jours à Boulogne, ne fût-ce que pour y visiter cette très attachante exposition, dont le succès égalera, s'il ne le surpasse, celui obtenu par les entreprises du même genre faites à Dijon et au Havre en 1893.

L'exposition durera jusque fin septembre.

Sanatorium pour phtisiques.

Le Conseil municipal de Paris vient d'approuver, après lecture du rapport de M. Paul Strauss, la construction d'un sanatorium de phtisiques à Angicourt (Oise). Nous ne saurions mieux faire que de reproduire les paroles de M. Strauss qui motivent la construction d'un pareil établissement :

« Les hôpitaux spéciaux de phtisiques existent à l'étranger, ils ont fait leurs preuves, et leur utilité n'est contestée par personne. Le premier avantage qu'on y trouve est de désencombrer les hôpitaux ordinaires, trop souvent occupés par des malades chroniques aux dépens des malades aigus; cette considération ne suffirait pas à motiver une hospitalisation spéciale, mais malheureusement le plus grand nombre des poitrinaires ne trouvent pas accès dans nos établissements hospitaliers. Le pauvre phtisique est habituellement refusé, et, lorsqu'il est recueilli dans les salles communes, il n'y peut recevoir les soins particuliers que son état réclame, et, par surcroît de malechance, il risque de transmettre à ses voisins de salle le germe de son mal.

» Les hôpitaux généraux ne sont pas adaptés aux nécessités du traitement de longue durée de la tuberculose pulmonaire; ils ne sont ni exposés ni aménagés à cet effet. Les malades pauvres n'ont pas la ressource de l'hivernage sous un climat privilégié, la misère leur enlève leurs chances de survie et la maladie a, pour ainsi dire, le champ libre.

» Les médecins contemporains : MM. Hérard, Bouchard, Cornil, Brown-Séquard, Grancher, Jaccoud, Peter, Georges Hayem, Nicaise, Dettweiler, Meissen, d'autres encore, ont mis hors de doute la curabilité de la phtisie, l'efficacité de son traitement hygiénique. L'expérience des sanatoria de Falkenstein, de Gorbersdorf et de Hohenhonnef prouve la valeur des résultats obtenus par la méthode curative reposant sur l'aération permanente, l'alimentation forcée et l'hydrothérapie.

» En dix ans, le sanatorium de Falkenstein a produit une proportion de 24.2 guérisons sur 100 malades; la statistique du Dr Meissen à Hohenhonnef accuse une proportion de 27 0/0 de guérisons ».

Les abus dans les cliniques, les hôpitaux et les dispensaires.

Sur un rapport de M. le Dr Le Blond, délégué du Syndicat de la Seine, la troisième section du Congrès a, dans sa séance du 27 juin 1894, adopté les résolutions suivantes :

1° Les établissements de bienfaisance ayant été créés en vue de secourir les indigents ou les nécessiteux, en un mot tous les déshérités de la fortune, doivent fermer impitoyablement leurs portes aux faux pauvres.

2° Il convient d'établir un contrôle sérieux sur tous les individus qui viennent demander des secours à ces établissements, le contrôle actuel étant illusoire, puisqu'il permet l'hospitalisation de gens très aisés, moyennant des prix dérisoires.

3° Comme corollaire, nous demandons que les pouvoirs publics, Chambre des députés et Sénat, soient saisis d'un projet de loi contenant les articles suivants :

a) L'hôpital est réservé aux seuls indigents ou aux personnes privées de ressources.

b) Quiconque, se trouvant dans une situation de fortune lui permettant de subvenir aux soins que nécessite son état de maladie, aura recours aux établissements de bienfaisance, commet une contravention.

c) Quiconque, *hormis le cas d'urgence*, aura commis cette contravention, devra rembourser les frais qu'il a occasionnés et sera passible, en outre, d'une amende de 5 à 15 francs.

En cas de récidive, il pourra, en outre, être frappé d'une peine de un à cinq jours de prison.

Toutefois, dans les localités où l'initiative privée est impuissante à assurer un traitement convenable aux personnes ne figurant pas dans la catégorie ci-dessus visée, les établissements d'assistance pourront, par exception, créer des salles ou des chambres payantes.

Une nouvelle loi.

Un groupe de médecins de la Drôme et de l'Ardèche ont adressé une pétition aux Chambres pour réclamer une loi interdisant aux nourrices de prendre un nourrisson avant que leur dernier enfant ait atteint l'âge de 14 mois révolus.

D'après les médecins une telle loi aurait pour effet d'abaisser de 7 pour 100 au moins la mortalité du premier âge. On ne trouvera plus alors de nourrices.

Quatrefages.

Dimanche prochain sera inauguré à Valleraugue (Gard) le monument élevé par souscription publique à la mémoire de Quatrefages.

Souscription pour le monument Charcot.

Une liste de souscription circule en ce moment en Allemagne parmi les neuropathologistes et les médecins qui veulent s'associer à l'érection du monument projeté en l'honneur de Charcot. Parmi ceux qui se sont les premiers inscrits et qui ont pris la souscription sous leur patronage, on cite MM. Erb et Hoffmann (d'Heidelberg) et Jolly (de Berlin).

Une liste de souscription semblable circule à Vienne et en Autriche.

Désinfection des appartements.

Le *Concours médical* signale un procédé de désinfection par l'évaporation de l'ammoniaque, que vient de proposer le Dr Von Rigler, de l'Institut de Buda-Pesth.

Von Rigler suspend dans une salle de 100 mètres cubes des fils imprégnés de cultures microbiennes; il fait évaporer ensuite dans plusieurs vases plats disposés sur le sol 1,000 grammes d'ammoniaque. Au bout d'une heure, 100 grammes ont disparu par l'évaporation; après deux heures, 250 grammes; après trois heures, 300 grammes; après quatre heures, 350 grammes; après cinq heures 390 grammes; enfin 450 grammes après huit heures. La bacille du choléra et celui de la fièvre typhoïde ont été tués après deux heures; la bactéridie charbonneuse, avec ou sans spores, après trois heures; la bacille de la diphtérie, après huit heures seulement.

Ce procédé, peu coûteux, a encore l'avantage très appréciable de ne détériorer ni les meubles ni les tentures. Aussi doit-on souhaiter de voir son efficacité reconnue par de nouvelles expériences.

Un moyen de mélanger l'eau à la vaseline.

Un pharmacien allemand M. Zoole conseille l'emploi de l'huile de ricin pour obtenir ce mélange.

Un pharmacien français, M. Denis (de Magnac-Laval), emploie un procédé plus simple et plus ingénieux. Il consiste à ajouter à la pommade en préparation et par petites quantités une quantité suffisante de gomme arabique pulvérisée pendant la trituration de la vaseline avec l'eau.

Ce procédé mérite d'être signalé en posologie, car on sait qu'une des objections formulées contre la vaseline consistait à lui reprocher sa non-miscibilité avec l'eau.

Le charbon de paille comme topique antiseptique.

C'est du Japon et d'un chirurgien militaire japonais M. Kikuzi, que vient l'idée d'utiliser le charbon obtenu par la combustion de

la paille de riz dans une chaudière fermée, pour le pansement des plaies.

Ce charbon poreux et friable est enfermé dans des sachets de gaze préalablement désinfectés. Son rôle comme désinfectant et antiseptique serait puissant et M. Kikuzi, qui en conseille la généralisation en chirurgie de guerre, l'a employé avec succès, paraît-il, pour panser les nombreux blessés, après le tremblement de terre de Mino-Owari.

Un disciple de Mattei poursuivi pour exercice illégal de la médecine et acquitté.

Les tribunaux interprètent dans un sens plus que libéral la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine. Il y a quelques semaines la Cour d'Angers acquittait un délinquant, parce qu'il n'avait prescrit aucun médicament et s'était borné à conseiller de l'eau aimantée, à mettre en œuvre certaines pratiques d'hypnotisme, pratiques considérées comme dangereuses et interdites non sans raison par plusieurs municipalités et acceptées comme innocentes et licites par les magistrats de la Cour d'appel.

Voici sur ce fait l'appréciation du *Bristol medical journal : French legal progress strongly ressembles that of a crab.*

Aujourd'hui le tribunal de Grenoble renvoie des fins de la plainte le curé de Mens qui médicamente sans diplôme ses paroissiens. Ainsi ordonner des médicaments prônés par un charlatan italien Mattei, et dont la formule n'est pas connue, n'est pas, dit le tribunal, faire acte de médecin. Le curé de Mens aurait encouru la rigueur des lois, s'il avait prescrit un médicament inscrit au Codex.

Le tribunal fait sienne cette singulière et fausse assertion du curé que *les pilules Mattei sont un médicament reconnu inoffensif par la Faculté de médecine de Paris*; et plus loin le tribunal ajoute « que cette médication est connue de tous, que les pharmaciens vendent, que beaucoup de malades préfèrent, mais que les médecins ne veulent pas employer, non pas qu'ils la considèrent comme dangereuse ou nuisible, mais seulement parce qu'ils la tiennent pour absolument inutile ».

Il va sans dire que ce jugement est frappé d'appel par le syndicat du Sud-Est qui a pris l'initiative des poursuites contre le curé de Mens.

Chemin de fer d'Orléans.

La Compagnie d'Orléans, en vue de faciliter les voyages aux stations thermales et balnéaires des Pyrénées et du golfe de Gascogne, vient de se mettre d'accord avec la Compagnie du Midi, pour élever à 25 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée, la durée de validité des billets d'aller et retour, individuels, de toutes classes, fixée antérieurement à 15 jours, et qui sont délivrés, toute l'année, à toutes les stations de son réseau pour :

Alet, Arcachon, Argelès-Gazost, Ax-les-Thermes, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Balaruc-les-Bains, Banyuls-sur-Mer, Biarritz, Boulou-Perthus (le), Cambo-Ville, Capvern, Céret (Amélie-les-Bains, La Preste, etc.), Couiza-Montazels, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Laluque (Préchacq-les-Bains), Lamalou-les-Bains, Lannemezan (Cadéac, Vieille-Aure), Laruns (Les Eaux-onnes, les Eaux-Chaudes), Oloron-Sainte-Marie, (Saint-Christau), Pau, Pierrefitte-Nestalas (Baréges, Cauterets, Luz, Saint-Sauveur), Prades (Le Vernet et Molitg), Quillan (Ginoles, Carcanières, Escouloubre, Usson-les-Bains), Saint-Girons, (Aulus), Saint-Jean-de-Luz, Saint-Flour (Chaudes-Aigues), Salies-de-Béarn, Salies-du-Salat et Ussat-les-Bains.

La durée de validité de ces billets (25 jours) peut être prolongée une ou deux fois de 10 jours moyennant un supplément de 10 0/0 pour chaque période de 10 jours.

Ces billets doivent être demandés trois jours à l'avance.

Les dispositions qui précèdent sont applicables aux billets délivrés à partir du 1er août 1894.

DOUZE JOURS AUX PYRÉNÉES

Excursion du 2 au 15 septembre 1894.

Billets à prix réduits.

Visite de Toulouse, Luchon, Bagnères-de-Bigorre, Luz et Saint-Sauveur, Le Cirque de Gavarnie, Cauterets, Lourdes, Pau, Bayonne, Biarritz, Arcachon, Bordeaux.

Départ de Paris (gare d'Orléans), le 2 septembre 1894.

Retour à Paris (gare d'Orléans), le 15 septembre 1894.

D'accord avec l'agence de Voyages « Indicateurs Duchemin, » la Compagnie d'Orléans fera émettre, jusqu'au 1er septembre, des billets d'excursion comprenant :

1o Le transport en chemin de fer;
2o Les chambres, service et repas (vin compris);
3o Le transport en omnibus et en voitures;
4o Les entrées et visites des monuments;
5o Les soins des Guides-Conducteurs de l'excursion.

Par les soins et sous la responsabilité de l'agence de Voyages « Indicateurs Duchemin ».

Prix de l'excursion complète : 1re cl., 329 fr. 30; 2e cl., 296 fr. 70

Le nombre des places est limité.

Les billets sont délivrés dans les bureaux de l'agence des Voyages « Indicateurs Duchemin, » 20, rue de Grammont, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés :

A la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz); 7, place de la Madeleine; 8, rue de Londres; 21 bis, rue de Paradis; 7, rue Paul-Lelong; 34, boulevard de Sébastopol; 326, rue Saint-Martin (impasse de la Planchette); 63, rue des Archives; 6, place Saint-Sulpice; 5, rue Gaillon; 21, rue du Bouloi; 33, quai Valmy; 24, rue du Faubourg-Saint-Antoine, et 2, rue de la Roquette, à l'angle de la place de la Bastille.

BAINS DE MER DE L'OCÉAN

Billets d'aller et retour à prix réduits, valables pendant 33 jours.

Pendant la saison des bains de mer, du 1er mai au 31 octobre, il est délivré à Paris, à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz), des billets aller et retour de toutes classes réduits de 40 0/0 en 1re classe, de 35 0/0 en 2e classe, de 30 0/0 en 3e classe, pour les stations balnéaires ci-après :

Saint-Nazaire, Pornichet, Escoublac-La-Baule, Le Pouliguen, Batz, Le Croisic, Guérande, Vannes (Port-Navalo, Saint-Gildas-de-Ruiz), Plouharnel-Carnac, Saint-Pierre-Quiberon, Quiberon (Belle-Isle-en-Mer), Lorient (Port-Louis, Larmor), Quimperlé (Pouldu), Concarneau (Beg-Meil, Fouesnant), Quimper (Bénodet), Pont-L'Abbé (Langoz, Loctudy), Douarnenez, Chateaulin (Pentrey, Crozon, Morgat).

La durée de validité de ces billets (33 jours) peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes successives de 10 jours, moyennant le paiement, pour chaque période, d'un supplément égal à 10 0/0 du prix du billet.

Exceptionnellement :

Le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions qui précèdent, pour les stations balnéaires de la ligne de Saint-Nazaire inclus au Croisic et à Guérande inclus, a la faculté d'effectuer, sans supplément de prix, soit à l'aller, soit au retour, le trajet entre Nantes et Saint-Nazaire dans les bateaux de la Compagnie de la Basse-Loire.

Le voyageur porteur d'un billet délivré pour les stations au delà de Vannes vers Auray aura la faculté de s'arrêter à celles des stations suivantes qui seront comprises dans le parcours de son billet : Sainte-Anne-d'Auray, Auray, Hennebont, Lorient, Quimperlé, Rosporden et Quimper.

Le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions ci-dessus à destination de Vannes est autorisé à s'arrêter à Questembert à l'aller et à repartir de ce point au retour.

En outre, le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions qui précèdent, pour l'une quelconque des stations balnéaires ci-dessus, aura le droit de s'arrêter, une seule fois, à l'aller ou au retour, pendant 48 heures, soit à Nantes, soit en deçà.

Admission des voyageurs de 2e et 3e classes dans les trains express 19, 9 et 29.

Les trains express nos 19 et 9, partant de Paris (gare d'Orléans) le premier à 8 h. 25 matin et le second à 11 h. 20 matin, prennent les voyageurs de 2e et 3e classes munis de billets de bains de mer à destination desdites stations.

Le train express no 29, partant de Paris (gare d'Orléans) à 9 h. 25 soir, prend les voyageurs de 2e et 3e classes porteur desdits billets de bains de mer.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie Schiller, 10, rue du Faubourg-Montmartre.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Des luxations congénitales de la hanche. — Anatomie pathologique et traitement opératoire curatif.

Travail présenté à l'Académie de Médecine pour le prix Portal, Par M. VALLETTE (Hôpital cantonal de Genève).

(*Suite.*)

Voici les observations que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Hoffa, privat-docent de chirurgie, à Würzburg. Nous lui sommes fort reconnaissant pour l'empressement qu'il a mis à nous faciliter notre travail.

Tous les opérés de Hoffa étaient atteints de luxation congénitale du fémur en haut et en arrière. Nous ne citons ici que les trois patients les plus jeunes. Les deux premières observations sont inédites :

1° Raab (Hedwig), 15 mois. — *Luxation gauche* (10e enfant opéré). La capsule est forte, pas agrandie, appliquée étroitement sur la tête fémorale ; celle-ci a une forme ovalaire. Le col fémoral est court ; la profondeur du cotyle n'est guère diminuée. Le ligament est étroit et mince.

2° Langheinrich (Ema), 15 mois. — *Luxation gauche*. Capsule forte, entourant immédiatement la tête. Le ligament rond manque. La tête aplatie au point tangent à la surface de l'ilion, le col fémoral court, la cavité cotyloïde a presque sa profondeur normale (12e opérée).

3° Eber (Alwine), 1 an 1/2. — *Luxation double* (2e opérée). *Côté gauche*. Cavité cotyloïde bien indiquée, arrondie, remplie exactement par l'extrémité de l'index. Le fond est recouvert de tissu conjonctif ; une fois qu'on l'a enlevé, la tête peut être reçue dans la cavité cotyloïde. La tête du fémur est de grandeur normale ; elle a conservé sa forme générale, mais elle est allongée, ovalaire, fortement aplatie à l'endroit qui reposait sur l'os iliaque. Le col manque presque complètement, la tête est appliquée sur la diaphyse. Le ligament rond fortement développé, rubanné, avec une longueur de 3 centimètres 1/2 et une épaisseur de 4 millimètres. La capsule considérablement épaissie. Les muscles fessiers sont rétractés de façon à s'opposer à la réduction.

Si la plupart des fœtus présentaient de nombreuses malformations qui faisaient de plusieurs des cas tératologiques, les enfants en bas âge étaient généralement bien conformés et les découvertes anatomo-pathologiques concordaient parfaitement dans les deux cas. Cautru vient de publier un cas de luxation congénitale chez le fœtus qui ne s'accompagne que de malformations peu importantes. Dans tous les cas, la luxation paraît due à l'exiguité de la cavité cotyloïde qui oblige la tête, de grandeur normale, à se loger ailleurs. Ainsi, Grawitz nous fait voir que lorsque la tête est réduite de volume aussi, la luxation n'a pas lieu (1). D'autre part, nous citerons encore deux cas qui montrent l'état d'une articulation en imminence de luxation et qui prouvent que le rétrécissement du cotyle est bien le fait primitif et n'est pas consécutif à la luxation (2).

CAUTRU : *Fœtus du sexe féminin*. — Luxation congénitale du fémur gauche. En outre, pieds bots, arrêt de développement de l'omoplate, luxation de la tête du radius des deux côtés. Cotyle droit spacieux, tête normale.

La cavité cotyloïde gauche a presque disparu ; d'un arrière fond sur lequel s'insère un long ligament rond, part un synovial qui va s'insérer comme la capsule à la racine de la fosse iliaque ; on ne trouve en cet endroit ni rebord fibreux, ni sourcil cotyloïdien. La tête fémorale est mani-

(1) GRAWITZ : Obs. VI. — Fœtus avec de nombreuses malformations. Les deux cotyles ont une profondeur égale. mais *à droite la tête est deux fois plus grande qu'à gauche : il existe une luxation à droite et pas à gauche*, où la tête est proportionnée à la grandeur du cotyle.

Huitième cas. — Fœtus à terme avec spina bifida. Pas de luxation. Ilion du côté gauche deux fois moins développé qu'à droite. *L'acétabulum gauche est très petit, mais la tête étant également petite, il ne s'est pas produit de luxation.*

(2) LANDIFERT : Enfant nouveau-né. La cavité cotyloïde est trop exiguë, elle a 1/3 de la grandeur normale : la luxation iliaque devait se produire fatalement.

STADTFELD (In *Drachmann*) : Nouveau-né, 7 jours. Le cotyle est plat ; le bourrelet cotyloïdien effacé en haut, en dehors et en arrière : moitié gauche du bassin et tête fémorale évidemment atrophiées. Il y a toutes les conditions nécessaires pour produire une luxation à l'avenir.

festement atrophiée. L'ischion du côté luxé est manifestement reporté en dehors et la branche ischio-pubienne est sensiblement plus longue que du côté sain (11 et 14 millimètres). Le bassin est en antéversion. L'angle que fait le détroit supérieur avec la face antérieure de la colonne vertébrale lombaire est plus grand qu'à l'état normal. La symphyse est un peu reportée du côté sain.

3° Jeunes sujets pris jusqu'a l'age de 15 ans

Le fait le plus important à noter dans cette période que nous faisons commencer au début de la marche, c'est la descente du bassin vis-à-vis du fémur produisant l'allongement de la capsule articulaire et l'ascension de la tête sur l'os iliaque.

La capsule conserve sa forme d'ampoule contenant la tête fémorale; sa partie interne supérieure étirée se trouve aplatie par le rapprochement des parois. Elle peut être amincie à la partie supérieure, mais plus souvent elle est épaissie en totalité, très forte, surtout les faisceaux antérieurs et inférieurs; elle a, en effet, à supporter une bonne partie du poids du corps quand la tête du fémur n'est pas reçue dans une nouvelle cavité sur le bassin. Plus la capsule se laissera distendre, plus la tête se rapprochera de la crête iliaque (1); mais, chez les enfants de 2 à 7 ans, la tête se trouve généralement dans le voisinage du cotyle et la capsule n'est que peu allongée, entourant étroitement la tête. La capsule peut être soudée au muscle petit fessier, transformé en tissu fibreux (Birnbaum, Lannelongue) (2) et qui lui fournit des fibres de renforcement. Il se forme par les mouvements de va-et-vient de la capsule une sorte de bourse séreuse facilitant son glissement sur les parties voisines : os iliaque, petit fessier. On ne trouve pas encore la capsule perforée et soudée au pourtour d'une nouvelle cavité, comme cela peut se produire plus tard. Dans un seul cas, nous trouvons indiquée une adhérence de la capsule au périoste (3).

Le ligament rond existe dans certains cas, même avec un allongement considérable de la capsule (4) ou bien il a disparu avec un moindre déplacement de la tête fémorale, sans qu'il soit possible de déterminer les conditions qui amènent sa disparition et sans que son absence ait une grande importance même pour la nutrition de la tête du fémur. Broca disait à tort qu'il n'est détruit que dans les cas de coxalgie; Kirmisson, au contraire, ne l'a jamais trouvé dans ses six opérations et veut que son absence soit la règle. Il existe cependant dans bien des cas; il est allongé, épaissi ou aminci, large, en forme de feuille, rubanné, parfois divisé en plusieurs faisceaux. Il peut avoir disparu d'un côté seulement dans les luxations doubles (5).

La cavité cotyloïde est toujours représentée par une dépression arrondie, ovalaire ou triangulaire à bords curvilignes. Le sourcil osseux est parfois à peine marqué, effacé surtout en haut et en arrière. Dans un seul cas, on l'a trouvée occupée par des végétations osseuses (1). Lorentz ne l'a pas trouvée dans une opération, ce qui ne prouve pas qu'il n'en restât aucun vestige. Le bourrelet cotyloïdien est déprimé en haut et en arrière (Lorentz) (2), renversé en dedans, en formant un rebord circulaire qui diminue encore la cavité cotyloïde (3); il a parfois complètement disparu (Doutrelepont) et a suivi la tête dans sa migration (Lannelongue) (4).

La tête fémorale n'est généralement que peu déformée, elle est trop grande pour être reçue dans la cavité cotyloïde primitive, même quand elle est un peu atrophiée elle-même (5). Parfois, elle est complètement déformée, en forme de prisme triangulaire (6) ou de masse cuboïde irrégulière appliquée sur le corps du fémur (7).

Le col du fémur est généralement court, horizontal, formant presque un angle droit avec la diaphyse. Outre cette déviation en bas, il peut en subir une en avant, comme si sa base s'insérait à la partie antérieure de l'extrémité du corps du fémur ou que cette dernière ait subi une torsion amenant la tête fémorale en avant. Si l'on veut mettre la tête en contact avec la cavité cotyloïde, il faut que le membre inférieur soit tourné en dedans (8).

La tête, encore séparée de l'os par le ligament orbiculaire, ne forme pas une nouvelle cavité articulaire; elle glisse à sa surface, dans l'intérieur de sa gaîne, ou bien déprime l'os de façon à produire un enfoncement qui est parfois suffisant pour lui fournir un point d'appui. Cette dépression peut être très rapprochée du cotyle, mais en est séparée par une crête saillante qui rend la réduction difficile. Il n'y a pas encore, à cet âge, de néarthrose formée.

Ordinairement tournée en arrière et située derrière le grand trochanter, la tête peut se trouver en avant du grand trochanter. Cette situation, exceptionnelle dans la luxation traumatique, est facilement explicable ici, par la laxité anormale des ligaments qui ne fixent pas la tête dans une position stable (Kronlein) et permettent souvent des mouvements étendus.

Les muscles présentent des anomalies que l'on retrouve à l'âge adulte plus marquées; nous les étudierons ici en nous servant aussi des préparations anatomiques provenant d'adultes, pour notre description.

Les muscles sont parfois trouvés atrophiés du côté de la luxation ou des deux côtés dans la luxation double. Le grand fessier est surtout atteint; il a presque disparu dans un cas (9). Ils sont mous, flasques, pâles, dans quelques observations; on observe parfois la dégénérescence graisseuse d'un groupe musculaire, ou d'un seul muscle (10), ou encore de quelques faisceaux seulement. Ces altérations

(1) Lucke : Capsule longue de 10 centim. (Tableau II a, 38).

(2) Lannelongue : Fille de 10 ans. Luxation droite. Capsule forte à la partie antérieure, lâche à la partie postérieure, soudée au petit fessier et formant de grandes cavités séreuses qui reposent sur l'os iliaque. Elle forme une vaste ampoule où est reçue la tête. Le ligament rond manque (Dupré, voir tableau II, 14).

(3) Doutrelepont : Tableau II, 12.

(4) Cruveilhier : Tableau II, 4. — Broca : 7. — Hoffa : II a, 17,

(5) Hoffa : Tableau II a, 20.

(1) Porto : Pièce n° 740 a du musée Dupuytren.

(2) Tableau II a, 2..

(3) Karewsky : II a, 31. — Birnbaum : II a.

(4) Doutrelepont : II, 12. — Lannelongue : II, 14

(5) Doutrelepont : II, 12. — Bouvier : II, 13.

(6) Lannelongue : II, 8.

(7) Hoffa : II a, 19.

(8) Lorentz : II a, 26-27. — Schede : II a. 34.

(9) Bennet : Fille 6 ans. Ligament articulaire hypertrophié. Le ligament rond a presque disparu a gauche; a droite, il est large et plat La tête du fémur, située en arriere et en haut, est dirigée en avant. Muscle grand fessier réduit par place à une membrane fibreuse.

(10) Hutton : Obturateur externe (Voir tableau III.)

n'ont rien de fixe et de nécessaire ; elles paraissent atteindre surtout les muscles dont l'action est diminuée par le déplacement de leurs insertions au fémur. Dans bien des préparations anatomiques, on ne trouve aucune altération de structure des muscles et dans un grand nombre d'observations cliniques, il est mentionné expressément que les fessiers et les muscles de la cuisse ne sont ni atrophiés, ni paralysés. Cette atrophie ne paraît pas être primitive dans les luxations congénitales et varie avec l'usage plus ou moins actif du membre.

Notons encore la transformation fibreuse du petit fessier, due probablement à une irritation inflammatoire lente par la pression et le glissement de la tête fémorale à sa surface. La transformation fibreuse n'est pas une erreur anatomique, comme le dit Malgaigne, mais elle ne se produit pas non plus suivant la loi de Jules Guérin, qui veut que les muscles distendus deviennent fibreux, tandis que les autres, ceux qui sont relâchés, subissent la transformation graisseuse.

Ce qu'on trouve dans tous les cas, ce qui ne peut manquer dans la luxation en haut et en arrière, c'est une déviation de la direction des muscles due au déplacement de leurs insertions fémorales, un rapprochement ou un éloignement de leurs points extrêmes. Dupuytren dit que tous les muscles sont remontés vers la crête des iles et forment un cône dont le sommet est au grand trochanter.

Il en est qui sont évidemment distendus, comme le psoas-iliaque dont l'insertion fémorale est entraînée en dehors, en arrière et en haut ; le bord interne de son tendon devient antérieur (Guret) (1). Les pelvi-trochantériens sont distendus (si l'on réserve ce nom aux pelviens inférieurs de Sappey) : le pyramidal, au lieu de se diriger de haut en bas, a pris une direction horizontale et même inclinée de bas en haut et de dedans en dehors ; il ne sera pas très allongé. Le carré ouvert est distendu, l'obturateur interne et les jumeaux, l'obturateur externe aussi par l'éloignement de leurs points d'insertion opposés. Ils se recourbent en baut (Simonni). Telle est la description donnée par la plupart des auteurs d'après des pièces anatomiques (2) ; elle pourrait être déduite logiquement de l'anatomie normale des parties. Si quelques auteurs ont parlé d'une rétraction des muscles pelvi-trochantériens, c'est qu'ils y comprenaient les fessiers, ou que ces muscles opposaient une résistance pendant l'opération. Il nous semble que ces muscles peuvent être un obstacle à la réduction, parce qu'ils attirent l'extrémité du fémur en bas et en arrière, et non pas vers le cotyle.

La rétraction se trouve dans les muscles dont les insertions se sont rapprochées ; et qui s'adaptent à cette nouvelle situation. Malgaigne (3), après avoir fait cette observation, dit qu'on ne trouve pas ces muscles tendus à la cuisse dans le cas de luxation congénitale, parce qu'il suffit que l'articulation soit mobilisée pour que la raideur n'existe pas. Cette rétraction existe pourtant ; c'est pour la supprimer que Guérin faisait ses ténotomies, imité par Pravaz fils, et d'autres. Les auteurs allemands ont repris cette étude à propos du traitement opératoire (Hoffa (1), puis Lorentz) et insistant sur l'importance de cette rétraction (nutritive Verkürzung). Les muscles longs qui vont du bassin au membre inférieur sont raccourcis et se rétractent à la longue : ce sont le muscle droit antérieur, le biceps, le demi-tendineux et demi-membraneux, le tenseur du fascia lata (2), tous muscles dont la direction des fibres est presque parallèle à celle de l'axe du fémur ; en outre le couturier, les adducteurs, surtout le grand adducteur et le droit interne. On remarquera que, par la position plus oblique de la cuisse, le pectiné et le faisceau supérieur du grand adducteur s'insèrent presque perpendiculairement sur le fémur, ce qui doit augmenter leur action.

Quant aux fessiers, Hoffa les trouve rétractés ; Lorentz n'admet le raccourcissement dû au déplacement de la tête fémorale que pour une partie de leurs fibres. Ils ont été trouvés raccourcis dans une préparation anatomique. Il paraît que leurs fibres doivent en grande partie être rétractées.

Il ne reste plus à signaler qu'une diminution du calibre des artères autour de l'articulation, observée dans des cas rares (Guérin, Carnochau).

Les déformations du bassin sont souvent décrites dans l'enfance : nous les verrons plus loin.

Huit observations de l'état des parties articulaires sur le vivant, faites pendant des opérations et dues à l'obligeance de M. le docteur Hoffa. Luxations iliaques congénitales chez des enfants de 2 à 6 ans.

4° Hahn (Lama), 2 ans (5e opérée). — *Luxation gauche.* Capsule forte, solide, distendue. Le ligament rond est long de 2 centimètres 1/2, large de 5 millimètres, fort. Le cotyle arrondi, moins profond que normalement, admet l'extrémité de l'index. Tête fémorale de grandeur normale à peu près, aplatie au point de contact avec l'os iliaque. Revêtement cartilagineux conservé. Col court et grêle (3).

5° Hahn (Babette), 2 ans. — *Luxation double* (6e opérée). Capsule agrandie, forte. La tête a une forme ovalaire, le col fémoral très court, le ligament rond manque. Le cotyle est arrondi, sans profondeur (3).

6° Rottmann (Pauline), 2 ans 1/2. — *Luxation double* (1re opérée). *Côté droit.* — La cavité cotyloïde représente une fossette triangulaire admettant l'extrémité du pouce.

---

(1) Hutton : Homme 31 ans. Voir tableau III.

(2) Simonni : Fille 11 ans. Luxation double. Les tendons des muscles pyramidal obturateurs, les muscles jumeaux se courbaient de bas en haut pour gagner leur point d'insertion. Les tendons des muscles psoas et iliaque allongé aussi se dirigent de bas en haut et de dehors en dedans pour s'implanter au petit trochanter.

Birnbaum : Garçon 8 ans. Pectiné presque horizontal. Obturateurs, jumeaux plus longes et dirigés en dehors et en haut. Pyramidal horizontal. Carré crural plus grêle qu'à droite, dirigé en haut. Moyen fessier très faible, raccourci. Petit fessier pâle, faible (grand fessier détruit en partie par carré de la crête iliaque psoas idem). Nombreux cas du tableau III.

(3) Malgaigne : Fractures et luxations.

(1) La dystrophie musculaire que l'on appelle « nutritive Verkürzung, en allemand » survient quand les extrémités opposées du muscle sont rapprochées d'une façon durable. Le muscle perd d'abord son élasticité sans qu'il soit possible de démontrer une alteration de structure positive de la substance contractile. Ensuite, le tissu conjonctif interstitiel commence à se rétracter, tandis que les fibres musculaires disparaissent par dégénérescence graisseuse ou compression due au développement du tissu adipeux interstitiel. Le raccourcissement sera d'autant plus considérable que la position qui favorise son apparition persiste plus longtemps. Les ligaments, les fascia, la peau même peuvent prendre part à cette rétraction (Hoffa, *Lehrbuch du Arthopædie*, page 29).

(2) Henry : Luxation congénitale unilatérale chez une femme. Les muscles pelvi-trochantérieus sont rétractés (?), ainsi que la bandelette du fascia lata et s'opposent à l'extension (Autopsie. Soc. anat. 1855).

(3) Observations inédites.

La tête du fémur est ovalaire, allongée, aplatie au point de contact avec l'os iliaque. Le col existe un peu atrophié. Le ligament rond manque absolument. La capsule articulaire est un peu plus épaisse et plus forte que normalement. Les parties molles sont fortement rétractées aussi bien à la partie antérieure qu'à la partie postérieure de l'articulation, de sorte qu'on ne peut réduire la tête dans la cavité qu'après avoir décollé les insertions musculaires trochantériennes et fait la section sous-cutanée des parties molles au-dessous de l'épine iliaque antérieure et inférieure.

Côté gauche. — Opération un an plus tard. La capsule est plus solide, le ligament rond large et plus fortement développé que normalement; la tête est aplatie, le col fémoral court. La cavité cotyloïde est moins profonde que normalement, recouverte de tissu adipeux; forme arrondie (1).

7° Hahn (Babette) (2), 2 ans 1/2 — *Luxation double.* La capsule forte, résistante. La tête présente une forme ovalaire. Le col fémoral est très court. Le ligament rond manque, le cotyle arrondi peu profond.

8° Haffner (Hermann) (3), 2 ans 1/2. — *Luxation droite.* La capsule est forte, ne paraît pas augmentée de capacité. La tête a complètement perdu sa forme arrondie et présente une profonde déformation. C'est une masse osseuse, anguleuse, presque cubique, reposant sur le corps du fémur comme un chapeau de champignon sur sa tige, en l'absence complète du col (3e opéré).

9° Pfister (Willy), 4 ans. — *Luxation double.* — Les cavités cotyloïdes, petites, triangulaires, le fond couvert de tissu conjonctif. La capsule est épaissie et le ligament rond très développé.

L'enfant mourut de pneumonie grippale 12 jours après la dernière opération. L'examen de la pièce conservée dans l'alcool nous a montré, en outre, que : la tête fémorale gauche est allongée, un peu aplatie, surface mamelonnée. La tête droite est moins déformée. Le col très court des deux côtés, à peine indiqué. La capsule est épaissie, à gauche la tête était logée au-dessous du petit fémur dans une bourse étroite fermée par la capsule ; la surface osseuse est à peine déprimée à cet endroit ; au-dessus de l'ancien cotyle, un rebord osseux, saillant, arrondi, sépare les deux surfaces (3e opéré) (4).

10° Link (Hilda), 5 ans. — *Luxation double* (8e opérée). Capsule forte, résistante ; la tête est un peu plus petite que normalement, elle a une forme ovalaire, elle est aplatie au point tangent à l'os iliaque. Le col du fémur est peu développé, l'acétabulum arrondi, peu profond. Le ligament rond manque 3).

11° Soest (Gisela) (3), 6 ans. — *Luxation gauche.* Capsule solide, tête légèrement aplatie. Le col est court, le ligament rond fortement développé. Le cotyle arrondi, presque de grandeur normale, mais superficiel, rempli de tissu conjonctif (6e opérée).

Dans trois cas d'opérations pour luxations doubles, en Amérique, M. le docteur Hoffa a trouvé l'état des parties articulaires semblable à celui qui vient d'être décrit, il ne possède pas les observations de ces malades.

(1) Observation publiée en partie HOFFA, *Revue d'Orthopédie*, 1891, n° 1.

(2) Homonyme du n° 5, mais sans aucun degré de parenté avec elle.

(3) Observations inédites.

(4) Observation publiée en partie in *Revue d'Orthopédie*, 1891. n° 2.

12° *Observation due à l'obligeance de M. le professeur J. Reverdin (à Genève)* :

Joséphine Vallier, 7 ans. — *Luxation gauche*, opération de Hoffa. Capsule trop spacieuse, épaissie, 3 millim. environ.

Le col est excessivement court : à la partie antérieure, il n'a pas plus de 5 millim. de longueur. La tête est volumineuse, mais, au lieu d'être arrondie, elle est aplatie sur la face correspondant à l'os iliaque. Il n'y a ni ligament rond, ni vestiges de sa présence. La cavité cotyloïde est assez large, elle paraît de forme non arrondie et très peu creuse. Elle donne l'idée d'une surface analogue à la cavité glénoïde de l'omoplate.

Nota. — Les pièces anatomiques provenant de luxations congénitales en avant ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'on puisse en faire la description à part. Il doit y avoir de notables différences dans les deux cas.

(*A suivre.*)

Index alphabétique des principaux auteurs cités dans ce travail (1).

1 *ADAMS (R.) : Anormal conditions of the hip joint. (*Todds cyclopadia*, t. II, p. 780.)
2 *ADAMS (W.) : Guérison complète par l'extension pendant 2 ans (*Brith. med. journ.*, 1890, 22, II.)
3 AMMON (VON) : Die angebornen chirurgische krank histon du manchen, 1835.
4 ANGOT : Thèse de Paris, 1883.
5 BAILLART (ALBERT) : Thèse de Berlin, 1886.
6 BIRNBAUM : Thèse Giessen, 1858.
7 BARTH : *Arch. f. klin. chirurgie* (*Langenberk*), 1885, p. 671, vol. XXX.
8 BONNET : Traité des maladies articulaires, 1853.
9 BOUVIER : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur.
10 *BOUVIER : Mémoire sur la réduction des luxations congénitales du fémur, 1832.
11 *BOUVIER : Rapport, 1864 (*Gaz. des Hôpitaux*, n° 56.)
12 *BOULBY : Congenital disloc. of the hip. (*Brith. med. journ.*, 1887.)
13 BRODHURST : Lectures en Orthop. Surgery, 1876.
14 *BUCKMINSTER BROWN : *Boston med. and surg. journal*, 1885.
15 *CANTON : *London medec. gaz.*, 1848.
16 *CAILLARD BILLAMÈRE : These, Paris 1828.
17 CARNOCHAN (J. M.) : A treatise on the étiologie, pathologie and treatment of cong. disloc. of the head of the feimur. New-York, 1850.
18 CAUTRU : *Revue d'orthopédie*, 1892, p. 457.
19 *CHANOINE : Considération sur les altérations du bassin produites par le raccourcissement des membres inférieurs. Thèse, Paris, 1867.
20 CHAPUT : *Bull. de la Soc. anat.*, 1885.
21 *CHEUNVIER : *Bull. de la Fac. et Soc. de Medecine*, 1812.
22 CHELUIS : *Handbuch der chirurgie*, 1840.
23 CONRADS : Thèse Wurzburg, 1885.
24 COUDRAY : *Bull. de la Soc. anat.*, 1883.
25 CRUVEILHIER : *Atlas d'anat. path.*; 2e livraison, page 2.
26 — *Traité d'anat. générale.*
27 DALLY : *Bulletin général de thérap.*, 1873.
28 DELENS : *B. de la Soc. anat.*, 1869.
29 DELLESTABLE : Thèse de Paris, 1877 (au point de vue des accouchements).
30 DELPECH : L'ortomaphie.
31 DENUCI : *Semaine médicale*, 1893, n° 2, p. 64.
32 *DEPAUL : *Mém. de la Société de Chirurgie*, 1863, t. II.

(1) Les noms marqués d'un * sont ceux que nous n'avons pas pu consulter dans leurs ouvrages, mais dont nous avons trouvé des extraits dans d'autres auteurs.

33 Doutrelepont : *Deutsche zeitschrift für Chirurgie*, 12 sept. 1873.
34 Dubreuil : *Revue d'Orthopédie*, 1890.
35 Dupuytren : Leçons orales.
36 *Fabri (G.) : Descrizione di una pelvi di naegele con lussazione, etc., 1861. Bologne.
37 Fischer (R.) : *Archiv. f. Gynakologie*, 1885, XXXV.
38 Forger et Mandreu : Des luxations pathologiques.
39 Froutp : Neue notigen am dem gebrihe, etc.
40 Gervi : Thèse Halle, 1885.
41 Gerdy : Rapport 1840 (*Bulletin de l'Ac. de Méd.*, t. IV, p. 22).
42 Gertz : Thèse Giessen, 1855.
43 Grawitz : *Archiv. für path., anat. und physiol.*, 1873.
44 Guérin (J.) : Recherches sur les l. c. in *Gaz. Méd. de Paris*, 1841.
45 Gueniot : Des luxations coxofémorales de 1869.
46 Guret : Beitrage zur path., anat. der gelink krank heiten, 1853.
47 Guret : Ueber einige durch Erkremkung der gelenksarbsidungen, etc., 1864.
48 Hamilton : Traité des fractures et luxations, 1884.
49 Heine : Ueber spontane und congenitale luxationen, 1842. Stuttgart.
50 Henry : *Bulletin de la Société anat.*, 1855.
51 Heydenreich : Traitement opératoire (*Sem. Méd.*, n° 2, 1893).
52 Heutner : *Arch. f. Klin. chir.*, 1885, Bd. XXX, p. 666.
53 Hoffa : *Revue d'Orthopédie*, 1891, 1-2.
54 — Lehrburch der Orthopæd. chirurg., 1831.
55 — *Centrolblatt. f. Chirurg.*, 1892.
56 — Congrès des chirurgiens allemands, 1890.
57 Hueter : Klinik der gelenk. krank heiten.
58 *Hutton : *Dublin Journ. of Med.*, 1836.
59 Karewski : *Centralblatt. f. Chirurg.*, 1892, p. 713.
60 *Kleinwechter : Das Luxations berk en. Prager Wiesteljahrschrift, 1873.
61 Kirchberg : U. einen tall von sog. futabr. rachitis. mit doppelsertige wüftgelenk inturaken.
62 Kanig : *Lehrbuch der spoz Chirurgie*, 1889, III Bd.
63 Krause : *Centrolblott, f. Chirurgie*, 1889.
64 Kraunold : *Ein oüfacher apporat. en Centralblatt. f. Chirurgie*, 1881, n° 5.
65 Kroulein : *Deutsche Chirurgie*, 26.
66 Kirmisson : Traité de Pathologie externe de Duplay et Reclus.
67 Koblank : Thèse Halle, 1844.
68 Krukenberg : Die beskenfain bein neugebesenen mit huftgelensk luxation (*Arch. f. Gynokol.*, XXV).
69 Landerer : *Archiv. f. Klin. chirurg.*, 1885, Bd. XXII.
70 *Lefeuvre : Thèse Paris, 1862.
71 Léopold : *Archiv. für Gynak.*, T. V. 1873.
72 Levieux : Société anatomique, 1841.
73 Lorentz : *Centrolblatt. f. chir.*, 1892, p. 633 et 1041.
74 Lucke : Voir Teufel.
75 Lucke : Tagblatt du vertammburg deutscher maturfascbver, etc., etc., 1885.
76 Malgaigne : Fractures et luxations.
77 — Leçons d'orthopédie.
78 — Anatomie chirurgicale.
79 Margary : *Archiv. di ortopédia*, 1834.
80 Martin : Zur Behandlung der aug Hüfkgelonk luxationen deutsche und Wochen, 1889.
81 Mercier-Adam : *Monthly journ. of med. science*, septembre 1854, p. 240.
82 Molière : Traitement de Lyon méd., 1887.
83 Monnier : Société anatom., 3 février 1882.
84 Morel-Lavallier : *Arch. gén.*, 5 série, 1861 ; *Bull. d'Acad. de Méd.*, 25 avril 1854.
85 Motta : *Arch. d'ortopédia*, anno II, 3, 4, 5.
86 Ollier : Traité de résection, 1891.
87 *Ogston : *Brit. med. journal of* 1885.
88 Orecchia : La lussaz. cong. del femor, 1886 (*Arch. d'ortopedia*).
89 Pallesta : Escrutation pathological medeslain, 1820.
90 de Paoli : *Centralblatt. f. chirurgie*, 1887.
91 *Parise : *Archives générales de méd.*, 1842, t. XIV.
92 Papot : *Bull. soc. anat.*, 1875.
93 Pfender : Thèse, 1890.
94 Phelps : Transact of the americ. orthop. associat.. 1891.
95 Poggi : *Archiv. di orthop.*, 1890.
96 Porto : Thèse, 1887, Paris.
97 Pravaz (Ch.-G.) : Traité théorique et prat., 1847.
98 Quénu : *Sem. Méd.*, 1893. n° 3, p. 23.
99 Reclus : *Revue mensuelle de médec. et chir.*, 1878.
100 Redard : Traité d'orthopédie.
101 *Robert : Thèse de concours, 1851, Paris.
102 Rokstansky : Pathol. anat., 1854.
103 Roser : *Archiv. für klin. chirurg.*, 1879. t. XXIV.
104 Ruge : *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1878.
105 de Saint-Germain : Chirurgie orthopédique, 1883.
106 Sandifort (Jun.) : Mux um anatomie. 1793-1836.
107 Sauton : Des lux. cong. Thèse de concours, Paris, 1841.
108 Sassmann : *Arch. für klin. gynakol.*, t. V, fasc. 2, 1873.
109 Sayre : Traité d'orthop. chirurg.
110 Schede : *Arch. für klin. chirurg.*, 1892.
111 Schbigekrake : *Arch. für Gynak.*, Bd XX.
112 Scheger : Chirurg. Vertuche, 1818.
113 Schroeder : Traité des accouchements.
114 Schussler : *Berliner klin. Wochanschrift*, 1887, XXIV.
115 Sédillot et Gross : Dict. anch., t. III, 2e série.
116 South : Annotations à la traduction anglaise de Chelus.
117 Teufel : 1 D. Zeitschrift fur chirurgie, Bd XXIX, thèse, 1888, Strassburg.
118 Tillmanns : *Archiv. der Heitkund*, 1873.
119 *Tourtual : Ueber angel abweichungen, w. 1834.
120 Valette : Hanche, in dictionnaire Jaccoud, 1873.
121 Veit : *Zeitschrift für geburtshilfe und gynakologie.*
122 Verneuil : *Revue d'orthopédie*, 1890, Bd IX, n° 1.
123 *Vincent ; 2e congrès de chirurgie.
124 Vrolik (W.-Jun) : Tabulae ad. illustrand embryogenes, in 1849.
125 Werkerling : Thèse Giessen, 1866.
126 Wornher : Handbruh du chirurgie.
127 Van Wahl : Handbruh der kinderkreunk histor de Gehrhardt.
128 Wildberger : Thèse Wurzburg, 1867.
129 Walzu : Thèse Wurzburg, 1887.

SUPPLÉMENT

130 Barwell : Opération, traitement (*Brit. med. journ.*).
131 Bradford : Transact of the americ ortopan. anat., 1891.
132 Bulletin de la Société de Chirurgie, 1866. Bouvier, Broca, Verneuil.
133 Dollinger : *Areh. f. klin. chirurg.*, Band XX, 1877.
134 Drachmann : Bertrag zur pathogenen, etc.
135 Lannelongue : Société de Chirurgie, 23 décembre 1891.
136 Paci : Tertio contributo alla cura razionale (*Archivo di Ortoped.*, 1892-1893).
137 Paci : Quarto contributo alla cura razionale (*Arch. di ortoped.*).
138 Reuter : Thèse de Bonn, 1868.
139 Schithug : Dei orthopédie der gegenvart, 1860.
140 Smirock : Thèse Bonn.
141 Jalade-Lafond : Recherches pratiques sur les princip. difform. du corps humain, 1825.
142 Mélicher : Die angebomen Verrenkimgen, 1845.
143 Dupré : Thèse de Paris, 1891.

TRAVAUX ORIGINAUX

Récidives successives et à brève échéance dans la grippe.

Par le Dr Thibaudet (de Saint-Claude).

En interrogeant les grippés, grippés endémiques ou influenzés, on apprend souvent qu'ils ont déjà payé une ou plusieurs fois leur tribut à la maladie, soit lors de la grande pandémie de 1889-90, soit dans les épidémies ultérieures, soit enfin pendant les endémies si fréquentes dans certaines localités. Chez ces malades, et souvent après quelques mois seulement, l'état réfractaire avait disparu. En un mot, l'immunité de la grippe, si tant est qu'elle existe, est d'une bien courte durée.

Mais il y a plus. On rencontre des cas, fréquents à notre avis, dans lesquels la grippe frappe à coups redoublés, et cela à de courts intervalles, les organismes dont elle a fait sa proie. Il semble qu'alors une première atteinte mette pour un certain temps les milieux organiques dans un état de réceptivité spéciale; tout au moins peut-on penser que dans ces cas les substances vaccinantes sécrétées par les germes pathogènes sont lentes à se former et à imprégner les tissus, et qu'en attendant cette imprégnation, l'organisme est livré sans défense à une série de réinfections.

Ce sont des faits de ce genre que nous désirons exposer aujourd'hui.

I

Nous avons réuni, en un temps relativement court, *7 cas sur 60*, — soit plus de 23 °/₀, près du quart — dans lesquels un même sujet, en un laps de temps variant de *20 jours à 4 mois*, a subi de *2 à 4 atteintes de grippe*.

Le *nombre* des atteintes a été de 2 et de 4 : 2 chez cinq de nos malades, 4 chez les deux autres.

L'intervalle séparant les diverses atteintes, compté de la précédente défervescence à la nouvelle ascension thermique, a été chez les malades de la première catégorie de 8 jours (2 fois), 15 jours (2 fois), 2 mois (1 fois); nous avons laissé de côté comme banales et moins intéressantes les récidives à plus longue échéance. Chez nos deux autres malades, l'apyrexie séparant les quatre atteintes successives a duré : chez l'un 10 jours, 15 jours, 1 mois et demi; chez l'autre 1 mois, 6 jours, 12 jours.

Au point de vue *symptomatique*, la scène reste vide dans les intervalles qui séparent les divers tableaux de l'acte morbide total. Le malade, apyrétique, fait sa convalescence suivant les règles dont la grippe est coutumière, plus ou moins épuisé et asthénique suivant le mode de réaction particulier à chaque individu et surtout suivant la présence ou l'absence de tares pathologiques antérieures. Tout à coup se produit un retour offensif de la maladie, aussi soudain généralement dans son apparition que l'était déjà la première atteinte. La fièvre reparaît, et en même temps les douleurs si caractéristiques de la tête et des membres, le coryza, la toux, la laryngo-trachéo-bronchite dans les formes thoraciques, les vomissements et la diarrhée dans les formes gastro-intestinales, la prostration et la courbature dans toutes les formes.

Généralement les symptômes qui ont dominé une première fois dominent encore dans la suite, mais ceci est loin d'être absolu. C'est ainsi qu'une de nos malades a présenté d'abord la forme nerveuse, puis la forme gastro-intestinale; une autre, frappée trois fois successivement suivant le mode nerveux, n'a été débarrassée définitivement qu'après une quatrième atteinte suivant le type gastro-intestinal.

Enfin, chez deux de nos malades, la seconde atteinte s'est compliquée de pleurésie séreuse. Nous ne savons s'il ne faut voir ici que le hasard des séries.

Complications à part, la *durée* de ces atteintes nouvelles n'a été ni plus grande ni moindre que celle de la première invasion.

Nous n'avons eu en vue, dans tout ce qui précède, que les récidives à brève échéance. Celles qui surviennent six mois, un an, deux ans et plus après une première atteinte, ne sont pas douteuses, et tous les médecins qui exercent dans des pays où la grippe est endémique — et ces pays sont nombreux — en ont observé de fréquents exemples. Il apparaît donc que souvent, loin de conférer l'immunité, une première atteinte de grippe prédispose à une série de réinfections.

II

Avant de rechercher l'interprétation de ces faits, efforçons-nous de préciser les termes par lesquels nous les désignerons.

Nous nous sommes jusqu'ici servi intentionnellement d'un terme vague qui ne préjuge rien : celui de première atteinte, deuxième, troisième, quatrième atteintes. Devons-nous donc dire : *rechûtes* successives ou bien *récidives*? Nous nous avouons bien embarrassé. Car si le mot « rechûte » convient pour les atteintes qui ne sont séparées de l'atteinte précédente que par un intervalle de 8, 12 et même 15 jours, il n'en est plus de même quand cet intervalle est d'un mois, un mois et demi, deux mois, et sans doute faudrait-il dire alors « récidive ». Au reste, pareille discussion devient bien superflue si l'on envisage les unes et les autres, rechûtes et récidives, comme des *réinfections*, survenant dans le cas de rechûte quelques jours seulement après l'atteinte initiale, plus longtemps après dans le cas de récidive. La notion du temps apparaît alors comme bien secondaire, puisque la cause est la même; il ne s'agit plus que de modalités cliniques. Aussi, préférons-nous dire, pour marquer que les différentes scènes de l'acte morbide se déroulent dans un laps de temps relativement court : « récidives successives et à brève échéance ».

C'est, en effet, dans la notion de *réinfections en séries* que nous chercherons plus volontiers l'explication de ces faits intéressants.

Il faut bien admettre, en présence des faits que nous rapportons, et d'autre part de la fréquence admise par tous des récidives à longue échéance, que dans ces cas au moins la grippe ne confère pas l'immunité. — Or, il n'est pas nécessaire de faire intervenir une contamination extérieure nouvelle, une hétéro-infection, et l'auto-infection suffit à tout expliquer. Beaucoup de médecins ont renoncé à chercher pour la grippe un microbe absolument spécifique et différencié (1). Ils pensent que cette affection est due à la pullulation de microbes vulgaires (pneumocoque, streptocoque, staphylocoque) vivant en commensaux habituels de notre organisme, spécialement à la surface de la peau et dans la bouche; sous certaines influences, spécialement météorologiques, la virulence de ces germes s'accroît énormément, la contagiosité devient très grande et une épidémie est constituée. Pour nous en tenir aux cas

(1) *Traité de Médecine*. I. p. 81.

endémiques, un individu qui s'est infecté lui-même, qui s'est auto-infecté, pourra très bien, l'immunité ne lui ayant pas été conférée, se réinfecter de nouveau, et cela une, deux, ou même trois fois suivant les cas. Il y aurait là une série de décharges microbiennes, à intervalles variés, atteignant coup sur coup le même individu, lequel présenterait naturellement un terrain spécialement favorable.

Toutefois, en outre de la question de terrain, il faut faire entrer en ligne de compte une virulence spéciale des germes pathogènes, virulence qui ne se borne pas à attaquer le malade seul, mais élargit son champ d'action et l'étend à son entourage : la contagiosité de la maladie augmente. C'est ainsi que deux de nos malades sont devenues le foyer de petites épidémies de famille ou de maison. L'une d'elles a contaminé son mari, puis son fils ; une voisine, qui était en relations continuelles avec cette famille, a fait une amygdalite aiguë (ce qui est particulièrement intéressant, si l'on réfléchit que l'angine simple, banale, est le fait des mêmes organismes — streptocoque, staphylocoque, pneumocoque — que ceux auxquels beaucoup d'auteurs tendent à attribuer la grippe). L'autre a contaminé son mari dans l'intervalle de deux atteintes ; son beau-frère, habitant le même appartement, a fait une amygdalite aiguë ; puis le cercle s'est refermé à son point de départ par une quatrième et dernière atteinte de notre malade.

De cette courte étude, nous croyons pouvoir conclure :

1° La grippe, dans un espace de temps variant de 20 jours à 4 mois, peut frapper successivement le même organisme deux, trois, et jusqu'à quatre fois, avec intervalles plus ou moins prolongés d'apyrexie complète.

2° Ces récidives successives et à brève échéance paraissent devoir être attribuées à une série de réinfections autochtones d'un terrain spécialement favorable. La virulence plus grande du germe pathogène marche de pair avec une contagiosité plus grande.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'ipéca dans la dysenterie.

Je n'apprendrai certainement rien à mes lecteurs en leur disant que la racine d'ipéca est employée en médecine, soit comme vomitif, soit comme expectorant, soit comme antidysentérique. Cette dernière propriété, pour si paradoxale qu'elle apparaisse au premier abord, puisque l'ipéca semble agir surtout par la substance nauséeuse qu'il renferme, « l'émétine », a été expliquée par le fait précisément qu'aurait de plus l'émétine de congestionner tout d'abord la muqueuse intestinale et de la sécher ensuite, tout comme elle arrête les sueurs chez les phthisiques, auxquels l'ipéca est administré à doses faibles et répétées, en tarissant la sécrétion des glandes sudoripares.

Mais voilà que des faits nouveaux viendraient infirmer cette explication théorique, puisque d'après M. Harris (de Simba) la racine d'ipéca désémétinisée conserverait toutes ses propriétés antidysentériques.

Dans ces derniers temps, MM. Kanthack (de Liverpool) et Caddy (de Calcutta), ayant à leur tour expérimenté la racine d'ipéca privée d'émétine, ont constaté qu'avec ce produit les effets nauséeux et dépressifs, si désagréables et si fâcheux, faisaient complètement défaut. Dans 15 cas sur 16, la dysenterie a été coupée après une durée de traitement qui a varié de trois à cinq jours. Dans le seizième cas seulement, la médication aurait échoué. La racine désémétinisée était administrée une première fois à la dose de 1 gr. 25 ; si, au bout de douze heures, il n'était pas survenu d'amélioration, on répétait la même dose. Dans les cas graves, cette dose était renouvelée toutes les six ou huit heures, et cela jusqu'à disparition du sang et des mucosités.

MM. Kanthack et Caddy ont conclu que le principe antidysentérique de la racine d'ipéca figure parmi les substances extraites en traitant cette racine par l'alcool et n'a rien à voir avec l'émétine. La difficulté est de désémétiniser la racine d'ipéca sans la dépouiller de ses autres principes médicamenteux. Or, les essais comparatifs faits avec des racines désémétinisées ont fait constater des différences énormes eu égard à la richesse en émétine et en principes solubles dans l'alcool. Ainsi la richesse en émétine, qui, normalement, est de 1.5 à 2 0/0, variait depuis des traces jusqu'à 1.2 0/0 ; les variations étaient plus grandes encore, de 2.5 à 11.3 0/0, pour ce qui concerne les principes solubles dans l'alcool. Les échantillons avec lesquels ont expérimenté les deux médecins anglais ne contenaient que des traces d'émétine et jusqu'à 10.3 0/0 de principes solubles dans l'alcool.

Un autre médecin anglais, M. Bird, donne les indications suivantes relativement à la préparation d'une racine d'ipéca désémétinisée et conservant encore ses propriétés antidysentériques. Traiter la racine pulvérisée par du chloroforme, additionné d'ammoniaque dans le percolateur, ajouter ensuite au chloroforme de l'acide sulfurique et agiter pour éliminer l'émétine. Puis on verse sur la racine en poudre le chloroforme débarrassé de l'émétine, on effectue un mélange aussi intime que possible, et on laisse dessécher la masse en l'exposant à l'air ou à la chaleur.

Désémétinisée ou non, la racine d'ipéca n'en a pas moins été consacrée par l'expérience de près de deux siècles comme le spécifique de la dysenterie.

C. A.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Anévrysme de l'artère hépatique dans la lithiase biliaire.

Il s'agit, dans un cas rapporté par M. Schmidt, d'une femme de 40 ans, ayant souffert à plusieurs reprises de coliques hépatiques. Dans l'espace de cinq semaines, cette femme eut quatre hémorrhagies intestinales dont les trois premières n'eurent pas sur le moment de conséquences graves. Mais à la quatrième hémorrhagie, plus abondante que les premières, la malade mourut.

On trouva à l'autopsie de cette malade les causes de ces hémorrhagies. La vésicule biliaire adhérait aux organes voisins : côlon transverse et grand épiploon. Elle présentait trois ulcérations d'inégale étendue qui la mettaient en communication directe avec la portion oblique ascendante

et la portion verticale du duodénum. Il y avait dans cette vésicule biliaire trois gros calculs. D'autre part, une poche anévrysmale, ovoïde, et de six centimètres de longueur avec un diamètre de trois centimètres, semblait appendue par sa base à la vésicule. L'anévrysme provenait de la branche droite de division de l'artère hépathique et l'ouverture que l'on rencontra sur l'une de ses parois expliquait le mécanisme des hémorrhagies qui s'étaient produites dans les intestins de la malade.

Les cas semblables à celui de M. Schmidt se présentent très rarement. On en cite cinq dans la science et encore aucun de ceux que l'on cite ne sont-ils exactement comparables à celui que nous venons de relater.

Dans presque tous, en effet, les anévrysmes étaient des anévrysmes spontanés, dans lesquels les voies biliaires n'avaient été perforées que secondairement. Celui de Chiari, comme celui de M. Schmidt, présentait cependant la lithiase biliaire à côté de l'anévrysme. (*Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, LII, 5 et 6.)

Ablation d'une tumeur de la moelle épinière.

Un homme âgé de 42 ans fait une chute à la suite de laquelle il est pris de douleurs dans la cavité gauche du thorax. L'examen du malade, qui rentre à l'hôpital au mois de septembre 1893, ne dénotant rien d'anormal, il est renvoyé. Au mois de mars 1894, mêmes douleurs qui, cette fois, occupent les deux côtés de la cavité thoracique. Il y a en même temps de la parésie des membres inférieurs et des douleurs en ceinture. Les jours suivants, la parésie se transforme en paraplégie douloureuse, avec analgésie et contractures des membres inférieurs. A l'examen de la colonne vertébrale, le malade révèle une douleur entre la septième et la dixième vertèbre dorsale. On diagnostique donc une tumeur de la moelle épinière. Le traitement antisyphilitique reste sans résultats et la tumeur est alors enlevée par Krause.

Voici quels ont été les différents temps de l'opération pratiquée par ce chirurgien: une incision allant de la troisième à la septième vertèbre dorsale. De chaque côté de la base des apophyses épineuses, décollement du périoste, ouverture du canal rachidien à la gouge et au maillet sur une étendue de 10 centimètres. La dure-mère très tendue est incisée; il s'écoule une grande quantité de liquide céphalo-rachidien et l'examen de la moelle, que l'on a réclinée à droite, révèle alors la présence d'une tumeur, longue de 27 millimètres, épaisse de 18 et large de 10 millimètres, siégeant à la hauteur de la sixième vertèbre dorsale. On a pu facilement l'énucléer, après incision préalable de l'arachnoïde qui la recouvrait.

Cette tumeur était logée dans une sorte d'excavation de la moitié gauche de la moelle épinière, fortement aplatie à ce niveau. On n'a pas suturé la plaie à cause de l'état de collapsus du malade et l'on s'est contenté de la tamponner à la gaze iodoformée. Le malade n'est sorti de son état de collapsus qu'au bout de 48 heures. Il n'avait plus les douleurs qu'il éprouvait avant l'opération. Mais, le lendemain, il fut pris de fièvre et de dyspnée avec cyanose et mourut dans les 24 heures. L'autopsie montra une broncho-pneumonie suppurée et un épanchement de sang sous la dure-mère cérébrale qui fut attribué à l'évacuation trop brusque du liquide céphalo-rachidien. (*Munch. Med. Woch.*, 1894, n° 22, p. 431.)

De l'acide chlorhydrique libre dans l'estomac chez les chlorotiques.

Osswald attire d'abord l'attention sur la variété d'opinions à ce sujet. Il est nécessaire pour des recherches de ce genre que les malades examinés soient soumis au même régime.

On trouve ainsi que l'acide chlorhydrique libre présent dans l'estomac est en quantité moindre après le déjeuner, épreuve d'Ewald, qu'après le repas, épreuve de Riegel.

Le premier contient moins de matières albuminoïdes. On considérerait, pour le premier, un pourcentage d'hyperacidité variant de 15 à 25, et pour le second un pourcentage supérieur à 3. Apparemment, le total de l'acide chlorhydrique libre présent semblerait varier avec les pays, ce qui est probablement imputable aux différents régimes. Dans ses recherches, l'auteur estimait le total de l'acide chlorhydrique libre par une trituration d'un mélange de 1 pour 10 de la solution sodique. Il n'a pas voulu se servir des digestions-épreuves, car on trouve le plus souvent, par ce procédé, que les pouvoirs digestifs sont bons en présence de l'acide chlorhydrique normal. L'auteur a fait 81 expériences sur 21 chlorotiques qu'il avait classés en malades présentant de faibles symptômes et malades avec sérieux symptômes de dyspepsie. Il n'y avait pas de raison suffisante de penser que quelqu'une de ces malades eût un ulcère de l'estomac. Dans toutes les expériences, l'acide chlorhydrique libre fut en excès. Le pouvoir de l'estomac semblait être efficace. L'auteur n'est pas disposé à attacher plus de signification à la question de la dilatation de l'estomac dans la chlorose. Dans cinq cas, les essais de Martin avaient pour but de démontrer extérieurement l'acidité totale de l'acide chlorhydrique. Mais alors l'attention est attirée par la différence qui existe entre l'acidité démontrée par la susdite méthode et l'acidité chlorhydrique démontrée par la méthode de Martin.

Quant au traitement, l'auteur pense que l'on doit adopter les alcalins là où le fer n'a donné aucun résultat. Très souvent, on obtiendra ainsi une amélioration considérable, mais on ne pourra pas toujours dire, d'une façon certaine, si cette amélioration est due exclusivement aux alcalins.

L'auteur conclut en disant que le total de l'acide chlorhydrique présent dans le contenu de l'estomac des chlorotiques n'est pas diminué, mais très souvent augmenté (dans 95 0/0 des cas). La dyspepsie n'est pas due à de l'hypo ou à de l'anachlorhydrie ni à une insuffisance de la fonction stomacale. Ainsi donc, on ne saurait défendre les théories qui font dépendre, entièrement ou en partie, la chlorose de la diminution de l'acide chlorhydrique présent dans l'estomac.

ROUMANIE

Un nouveau symptôme observé chez les carcinomateux.

A propos d'un cancer en nappe de l'estomac, observé chez une femme de quarante-huit ans, M. Bogdan vient de signaler, à la Société des Médecins et des Naturalistes de Jassy, un nouveau symptôme du carcinôme qu'il considère comme un élément de grande valeur pour établir le diagnostic précoce de certaines affections de ce genre.

La malade de M. Bogdan présentait, en effet, sur chaque pommette, une tache dont la coloration rouge vineuse, due aux varicosités des veines superficielles de la joue, tranchait très nettement avec la coloration jaune paille des régions avoisinantes. Or, ce symptôme est apparu avant que le cancer n'eût offert aucun des signes qui le caractérisent d'habitude, et c'est sur lui que M. Bogdan s'est fondé pour baser le diagnostic que les suites de la maladie ont entièrement justifié. M. Bogdan pense toutefois que la tache rouge des pommettes n'est symptomatique que de certains cancers au début, tels le cancer de l'estomac et de l'utérus. Dans les néoplasmes des autres organes, ce symptôme serait beaucoup plus rare.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 août.

Traitement de la pseudarthrose des os longs par le procédé de l'enclavement ou du tenon.

M. Delorme décrit son procédé du traitement de la pseudarthrose des os longs qui consiste à engager, dans la cavité médullaire de l'un des fragments de l'os atteint de pseudarthrose, l'extrémité de l'autre fragment façonnée en tenon.

Le malade de M. Delorme avait le corps de l'humérus gauche fracturé comminutivement à la rénnion de son tiers supérieur et de son tiers moyen. La fracture n'a pas été consolidée après l'application pendant trois mois d'un appareil immobilisant, qui fut renouvelé, sans plus de succès, pendant trois autres mois.

M. Delorme débarrasse les fragments de leur tissu intermédiaire, et donne au fragment inférieur la forme d'un tenon nn peu conique, régulier. Il creuse ensuite le fragment supérieur suffisamment pour admettre, à frottement, 2 cent. 1/2 à 3 cent. du tenon du fragment inférieur. Dès lors, tout mouvement vertical devient impossible dans le foyer de la fracture, mais les mouvements de rotation font encore légèrement glisser le fragment inférieur dans sa mortaise. Pour immobiliser complétement le fragment inférieur, M. Delorme traverse le fragment supérieur par deux gros fils d'argent qu'il enroule autour de prolongements ostéophytes situés sur le fragment inférieur, à la base du tenon. L'opéré est immobilisé pendant 40 jours. La plaie guérit par première intention, sauf un point qui resta fistuleux. Le sondage de cette fistule révéla la présence de fils non recouverts. La plaie fut ouverte de nouveau, les fils enlevés et la guérison a été définitive et des plus satisfaisantes.

De la mortalité des enfants placés en nourrice en province.

M. Lédé (de Paris). — J'ai établi, en 1889, la mortalité moyenne des enfants en nourrice, que j'ai trouvée égale à 28.07 0/0 dans les deux premières années de la vie. Une nouvelle étude, basée sur l'examen des carnets de nourrices réunis dans les départements nourriciers, m'a donné pour l'année 1893 une mortalité moyenne de 27.51 0/0 dans les deux premières années de l'enfance. Cette amélioration paraitra plus notable encore, si l'on considère que les départements, qui ont fait l'objet de mon étude, sont nourriciers de Paris et de la Seine, et que les enfants ne sont pas toujours confiés dans les meilleures conditions de santé.

Aussi, pour diminuer cette mortalité dans de plus larges proportions encore, j'estime qu'il y aurait lieu d'obtenir :

1° La centralisation de tous les documents statistiques en un centre spécial chargé de les étudier sérieusement ;

2° La création dans les grandes villes d'offices municipaux et gratuits réservés aux nourrices et aux parents recherchant une éleveuse ;

3° Une inspection sévère et rigoureuse des enfants exportés par des médecins inspecteurs spéciaux, chargés d'aller dans les grands centres nourriciers se rendre compte de l'état des enfants exportés.

Cette mesure a déjà été prise pour les enfants assistés.

Il serait de toute justice et d'une réelle importance qu'on l'appliquât aux enfants des travailleurs.

De la ferratine.

M. Germain Sée lit un rapport sur la *ferratine* que Schmiedeberg considère comme un albuminate acide de fer.

La ferratine administrée à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr. 50 par jour, en deux ou trois fois, constitue un excellent moyen alimentaire pouvant être employé dans nombre de cas, notamment chez les enfants et les chlorotiques.

La ferratine serait, en outre, exempte des inconvénients que présentent les autres préparations ferrugineuses.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 août.

Les lésions confèrent aux tissus l'aptitude à fixer les substances dissoutes.

MM. Charrin et Carnot ont recherché, dans une série de travaux, le rôle que pourraient jouer les altérations anatomiques dans l'absorption, par l'organisme, des substances dissoutes.

Chez un lapin on détermine, à l'aide de toxines, nne arthropathie du genou droit ; puis, pendant quinze jours, l'animal ingère de l'acétate de plomb par la voie gastrique. Dans ce cas, le dosage, les réactions à l'hydrogène sulfuré, à l'acide sulfhydrique, au chromate de potasse, à l'iodure, ont montré que les tissus de cette articulation altérée renfermaient plus de plomb que ceux du genou gauche non altéré.

Sur des poumons tuberculeux, recueillis sur un lapin qui avait absorbé des sels de plomb, on peut voir que ces sels abondent surtout au niveau des tubercules.

Sur des fausses membranes de péritonite, on constate facilement que la teinte noire si accentuée, si intense dans les zônes enflammées, est infiniment moins visible en d'autres points moins malades ; elle est pour ainsi dire presque nulle là où la séreuse est saine.

Même constatation pour les muscles d'une cuisse droite énervée, à sciatique coupé, par rapport à la cuisse gauche.

La coloration de la préparation, la précipitation en milieu acide empêchent d'admettre qu'on soit ici en présence de molécules ferriques du sang.

En dehors de leur intérêt physiologique pur, ces expériences permettent de comprendre, ne fût-ce que par analogie, pourquoi la tuberculine va au tubercule ; pourquoi les sels de bismuth s'accumulent dans les ulcérations ; pourquoi le mercure sort par les points faibles ; pourquoi, chez un goutteux, l'urate de soude qui circule va se déposer dans un coude ou un pied qu'un traumatisme est venu frapper, etc...

On pourrait croire que les leucocytes, en nombre plus grand dans les zônes irritées, ont transporté ces corps. Mais cette hypothèse ne se réalise pas toujours. L'examen histologique porte à penser, d'ailleurs, que les substances introduites dans l'organisme arrivent à ces foyers lésés à l'état dissous.

La vasodilatation, la néoformation capillaire, une lenteur plus grande, une activité plus marquée dans la circulation lymphatique, font que les principes mis en jeu pénètrent dans ces points en plus grande quantité ; il est possible que, dans ces milieux altérés, la réaction, un produit pathologique quelconque, provoquent la précipitation de ces principes.

Quoi qu'il en soit, il demeure acquis que les lésions confèrent aux tissus une aptitude à fixer les substances en dissolution.

CONGRÈS FRANÇAIS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Tenu à Clermont-Ferrand du 6 au 11 août 1894.

Nous continuons, aujourd'hui, le résumé rapide des principales questions portées devant ce Congrès dont nous avons commencé l'exposition dans notre dernier numéro.

Folie et hystérie.

M. Ballet (de Paris) discute les rapports qui existent entre la *folie* et l'*hystérie*.

Sous le nom de *folie*, on doit entendre ici l'état de toute personne qui ne jouit pas de l'intégrité de ses facultés intellectuelles, morales et affectives.

L'*hystérie*, c'est aujourd'hui l'opinion générale, doit être considérée comme une *maladie mentale*. Les troubles constitutifs sont d'ordre psychique ; ils ont pour point de départ certaines représentations mentales trop fortes ou des associations d'idées trop faciles ou trop actives.

Au point de vue psychologique, le trouble mental élémentaire de l'hystérie doit être considéré comme une désagrégation des éléments de l'esprit, avec *rétrécissement de la conscience*, mais conservation des phénomènes subconscients et automatiques ; de là, une personnalité réduite, changeante et mobile. Les troubles psychiques des hystériques ne relèvent pas seulement de l'hystérie, on les trouve encore associés à la dégénérescence et ils ont alors l'hérédité pour commune origine.

De là, la nécessité, dans l'hystérie, de dégager l'état mental des hystériques.

D'après M. Ballet, toutes les formes de la folie peuvent s'associer à l'hystérie.

C'est pourquoi M. Ballet signale les points litigieux sur lesquels il estime que l'attention des aliénistes doit se porter à l'heure actuelle :

1° L'hystérie est-elle exclusivement mentale ? Sa définition et le rôle de la conscience dans la genèse de ses phénomènes ;

2° Relations cliniques et physiologiques entre l'hystérie et la dégénérescence mentate ;

3° Le caractère des hystériques, leurs perversions instinctives, leur criminalité ;

4° Les délires hystériques envisagés comme manifestations ou équivalents des attaques ;

5° Idées fixes et sub-conscientes des hystériques. Leur rôle dans la production de certains délires ;

6° Existe-t-il une manie hystérique, ses caractères, ses formes ? Rapports entre les attaques avec les idées sub-conscientes ;

7° La mélancolie présente-t-elle des caractères spéciaux chez les hystériques ;

8° Y a-t-il confusion mentale chez les hystériques ? Quelle est sa cause ? Quels sont ses caractères ?

9° Les délires associés à l'hystérie ; leur différence avec les délires hystériques et les caractères susceptibles de motiver leur diagnostic.

Enfin, avis précieux à observer des observateurs se livrant à ces difficiles études, M. Ballet estime qu'il faut bien préciser, avant d'aller plus loin, les caractères mentaux qui sont propres à l'hystérie.

M. Joffroy (de Paris) pense que l'on doit poser la question sous la forme suivante : *Rapport de l'hystérie avec la dégénérescence mentale.*

Car l'hystérie et la dégénérescence s'associent souvent, et cette fréquence autorise à soupçonner que l'hystérie est une modalité de cette dégénérescence. Cette communauté d'origine touche de près à la communauté de nature.

Hystérie et dégénérescence mentale seraient donc deux syndrômes cliniques, dus à l'hérédité, et caractérisés par la pénétration des idées sub-conscientes dans le champ de la conscience, amoindri ou effacé.

D'où ces premières propositions : l'hystérie et la dégénérescence mentale se manifestent souvent sur le même malade. Elles ont toutes deux un facteur étiologique unique : l'hérédité. Elles se traduisent l'une et l'autre par une altération analogue du mécanisme mental. De là, cette conclusion très admissible que l'hystérie est l'une des modalités de la dégénérescence mentale. Cela explique les malformations de caractère que l'on trouve chez les hystériques comme chez les gens atteints de dégénérescences mentales et l'on est en droit de dire d'après M. Joffroy :

1° L'hystérie est l'une des formes de la dégénérescence mentale ;

2° Sur ses confins, l'hystérie se confond avec certaines manifestations dégénératives, sans qu'il soit conforme aux faits de placer entre elles une certaine limite précise ;

3° On doit, en clinique, conserver à l'hystérie son individualité et la distinguer, autant que possible, des autres modalités de la dégénérescence ;

4° A cet effet, on accordera la qualification d'hystériques, seulement aux accidents dérivant de l'attaque d'hystérie complète ou fruste, ou de toute manifestation nettement hystérique, comme le somnambulisme spontané, ou se rattachant directement à elle.

M. Régis (de Bordeaux). — Il y a des analogies cliniques entre les troubles mentaux de l'hystérie et les délires toxiques ou infectieux. Un degré de plus dans l'évolution de cette idée encore théorique et on admettrait, avec quelques auteurs, que les délires hystériques doivent entrer dans la catégorie nosologique des délires par intoxication.

M. Falret (de Paris) revendique l'autonomie nosologique de la *manie hystérique*. C'est une variété de folie. Dans la manie hystérique, la lucidité est diminuée ; dans la manie simple elle est abolie.

M. Charpentier (de Paris) est l'adversaire des conceptions psychologiques de l'hystérie. Pour lui, l'hystérie est le résultat de l'épuisement nerveux et non de la dégénérescence mentale ou d'une prédisposition héréditaire, expressions fort commodes pour sortir d'embarras quand on veut expliquer ce que l'on ignore.

M. Brissaud (de Paris) insiste sur l'hystéro-traumatisme. Il faut, dit-il, admettre un autre facteur que la dégénérescence quand, après un traumatisme, on voit un individu exempt de toute tare présenter des manifestations hystériques. On peut, dans ce cas, se retrancher derrière la supposition de dégénérescence latente. Mais sait-on ce que c'est qu'un état dégénératif latent ? S'il est latent, il n'existe pas. Voilà donc une grave objection apportée à la théorie de la dégénérescence.

M. Pierret (de Lyon) estime que la folie hystérique est une entité morbide et condamne la théorie de la dégénérescence. Certaines attaques d'hystérie, dit-il, sont remplacées par des accès de manie, véritable forme fruste de l'attaque. Et dans la manie hystérique, les troubles psycho-sensoriels sont, comme dans les délires toxiques, absolument prépondérants. Il y a demi-conscience du sujet.

En résumé, qui a raison des psychologues ou des partisans de la dégénérescence ? On ne le saurait dire et la vérité est encore à trouver sur cette question. Tout ce qui résulte de ce débat, c'est qu'il est très difficile de différencier la folie hystérique vraie d'avec les psychoses causées par la dégénérescence mentale.

Sur deux cas d'hérédo ataxie cérébelleuse.

M. P. Londe (de Paris) communique deux cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse. Les deux malades dont il s'agit, observés dans le service de M. le docteur A. Robin, sont frère et sœur. Ils ont été pris exactement au même âge, à vingt-six ans, d'incoordination musculaire dans les membres inférieurs et supérieurs avec troubles de la parole et symptômes neurasthéniques. Le frère, plus jeune que sa sœur de dix ans, offre de l'exagération des réflexes rotuliens, du tremblement intentionnel, un léger degré de scoliose, de la titubation, etc. La sœur ne peut plus marcher sans aide ; elle se tient à peine debout ; mais au début « elle marchait de travers ». Elle a donc parcouru la période que représente aujourd'hui l'état de son frère. Ces observations diffèrent pourtant, par l'absence de troubles visuels, du type morbide décrit par M. Marie ; il en est de même d'un autre malade observé par MM. Brissaud et Londe. Par ce caractère, ces faits se rapprochent de ceux qui appartiennent à la maladie de Friedreich et plaident en faveur de la théorie cérébelleuse de cette maladie émise par Menzel et défendue par Senator. D'autre part, ils ressemblent d'une façon frappante à

certains cas de sclérose en plaques d'avec lesquels le diagnostic est très difficile à établir en dehors du caractère familier. On sait, d'ailleurs, que celui-ci aurait été rencontré dans cette maladie, tout a fait exceptionnellement, il est vrai, d'après les observations de Dreschfeld.

Origine otique d'un certain nombre de cas de paralysie faciale « a frigore ».

M. Lannois (de Lyon). — L'étiologie de la paralysie faciale *a frigore* reste fréquemment obscure et il y a lieu d'attirer l'attention sur une cause, non pas inconnue, mais trop fréquemment négligée de cette affection. C'est l'otite moyenne légère atteignant surtout la paroi interne de la caisse et déterminant le gonflement du névrilème du facial, surtout dans les cas où le canal de Fallope présente une fissure, ce qui parait fréquent. J'ai observé plusieurs cas démonstratifs de cette variété de paralysie faciale; l'origine de cette affection rend compte d'une série de symptômes difficilement explicables en dehors d'elle, comme la fièvre, les symptômes généraux, les douleurs d'oreille qui existent dans la moitié des cas, les troubles de l'ouïe, etc.

Il y a donc intérêt à examiner l'oreille dans tous les cas de paralysie faciale périphérique, car le pronostic de la paralysie auriculaire est plutôt favorable, surtout si l'on dirige contre sa cause un traitement approprié.

De l'idiotie microcéphalique.

M. Bourneville (de Paris) présente un grand nombre de photographies représentant des crânes et des cerveaux d'enfants microcéphales.

L'étude comparée de ces cerveaux prouve qu'il existe au moins deux grandes classes de microcéphalies: des microcéphalies par arrêt de développement et des microcéphalies dues à des lésions congénitales en foyer de l'encéphale.

Quelle que soit sa cause, l'idiotie microcéphalique, d'après l'orateur, est susceptible d'amélioration lorsqu'on intervient dans les premières années de la vie par un traitement médico-pédagogique approprié et par un exercice méthodique de tous les muscles qui concourent à l'articulation des sons.

M. A. Voisin (de Paris) montre un certain nombre de préparations histologiques et de dessins représentant des altérations des cellules cérébrales, médullaires et du grand sympathique dans la paralysie générale et les différentes formes de folies vésaniques (lypémanie, hypocondrie, etc.). D'après l'orateur, l'existence de ces lésions serait une preuve de la tendance de ces maladies à l'incurabilité et à la démence.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Les épidémies à l'étranger.

1° LE CHOLÉRA EN ALLEMAGNE

D'après les renseignements publiés par l'Office sanitaire de l'empire, il y a eu en Allemagne, du 13 au 20 août, 25 décès par choléra et 32 cas nouveaux, le plus grand nombre dans les provinces orientales de la Prusse.

D'autre part, le choléra fait des progrès inquiétants en Autriche-Hongrie. Du 20 au 21 août, on a constaté 187 cas et 100 décès en Galicie, et 17 cas avec 9 décès en Bukovine.

2° LA PESTE EN CHINE

A Hong-Kong, la première chose que les infortunés malades aperçoivent en arrivant dans la cour de l'hôpital est une pyramide de cercueils. Les soins donnés aux malades chinois sont nuls; les médecins n'essayent même plus de traiter les malades, qui sont plongés dans une sorte d'hypnotisme causé par la terreur. Il semble qu'aucun d'eux ne se fasse illusion sur le sort qui lui est réservé. Ce découragement s'explique d'ailleurs facilement si l'on songe que pas un Chinois n'est sorti vivant de cet hôpital depuis le début de l'épidémie.

Les européens, au nombre de 10 sur le bateau-hôpital, sont dans une situation relativement satisfaisante.

Chronique des hôpitaux.

Le conseil de surveillance de l'Assistance publique vient d'arrêter un nouveau tarif de frais de séjour dans les hôpitaux de Paris pour les malades non nécessiteux. Actuellement les malades adultes paient le même prix, soit 3 fr. 30 par jour dans les services de médecine et de chirurgie; les enfants remboursent 2 fr. 80 par jour; les accouchements payants et chez les sages-femmes sont tarifés à raison de 3 fr. 30.

Dorénavant, le nouveau tarif comportera un prix différent pour la médecine et la chirurgie; il est ainsi conçu: pour les adultes, 3 fr. 30 en médecine, 5 fr. en chirurgie; pour les enfants, 2 fr. 80 dans les services de médecine, 3 fr. 50 dans les services de chirurgie. Pour le séjour à Berck, 2 fr. 10 par jour. Pour les accouchements, 5 fr. par jour.

L'encombrement des hôpitaux parisiens par les tuberculeux.

Avec une persévérance louable, M. Letulle poursuit une campagne énergique pour obtenir la décentralisation des tuberculeux parisiens. Il réclame à l'administration de l'Assistance publique la création de colonies de phtisiques, en Corse, en Algérie, en Tunisie et dans la Provence.

Comme mesures administratives, on procéderait aussi rapidement que possible au désencombrement des hôpitaux généraux par le classement rapide des tuberculeux parisiens indigents, l'immigration des tuberculeux curables dans des sanatoriums provinciaux et des colonies de tuberculeux, enfin par la création de l'hospice pour les tuberculeux non transportables, leur séjour dans les salles générales étant un danger et une dépense excessive.

Ce projet, inspiré par ces sages considérations hygiéniques et humanitaires, n'a point hélas! il faut le craindre, chance d'aboutir à bref délai. Les efforts et surtout les ressources budgétaires de l'Administration sont médiocres. De plus, on hésite, — un mot inexact et inopportun peut dans certains milieux faire avorter le meilleur des projets — à proclamer dans notre assemblée municipale ce qui a été appelé la relégation hygiénique des phtisiques. (*Journal des Praticiens.*)

Statistique municipale des maladies transmissibles.

Le *Bulletin de la Statistique municipale* vient d'inaugurer la publication du relevé de ces maladies, tel qu'on a pu l'établir en exécution de la loi du 30 novembre 1894.

On a signalé dans la dernière semaine 133 cas de ces maladies et noté 358 maladies on il y a eu désinfection. Il parait que 207 médecins déclarants, en ville ou dans les hôpitaux, ont signalé ces 133 cas.

On s'explique mal ces deux chiffres discordants. Il faut admettre des erreurs, des doubles emplois ou bien une lacune dans le relevé administratif. Il serait à désirer que la précision et l'exactitude soient une des qualités de tels documents officiels.

Agrandissement de l'hôpital Cochin.

Des démarches sont faites en ce moment par le préfet de la Seine auprès du ministre des travaux publics pour obtenir l'autorisation d'acquérir un immeuble sis aux numéros 33, 35 et 37 du faubourg Saint-Jacques. Cet immeuble servirait à l'extension des services de l'hôpital Cochin.

Le travail des enfants dans les manufactures.

Un arrêté ministériel du 31 juillet décide, en exécution de l'article 11 du décret du 13 mars 1893, que la limite supérieure de la charge qui peut être traînée ou poussée par les jeunes ouvriers et ouvrières au-dessous de dix-huit ans, tant à l'intérieur des établissements industriels que sur la voie publique, est fixée ainsi qu'il suit, véhicule compris:

1° Wagonnets circulant sur voie ferrée: garçons au-dessous de quatorze ans, 300 kilogr.; garçons de quatorze à dix-huit ans,

500 kilogr. ; ouvrières au-dessous de seize ans, 150 kilogr. ; ouvrières de seize à dix-huit ans, 300 kilogr.

2° Brouettes : garçons de quatorze à dix-huit ans, 40 kilogr.

3° Voitures à trois ou quatre roues, dites « placières, pousseuses, pousse-à-main » : garçons au-dessous de quatorze ans, 35 kilogr. ; garçons de quatorze à dix-huit ans, 60 kilogr. ; ouvrières au-dessous de seize ans, 35 kilogr. ; ouvrières de seize à dix-huit ans, 50 kilogr.

4° Charrettes à bras, dites « haquets, brancards, charretons, voitures à bras, etc. » : garçons de quatorze à dix-huit ans, 130 kilogrammes.

L'assainissement de la ville de Paris.

Le préfet de la Seine vient de prendre un arrêté aux termes duquel dans toute maison à construire il devra y avoir un cabinet d'aisances par appartement, par logement ou par série de trois chambres louées séparément. Ce cabinet devra toujours être placé soit dans l'appartement ou logement, soit à proximité du logement ou des chambres desservies, et, dans ce cas, fermé à clef.

Dans les magasins, hôtels, théâtres, usines, ateliers, bureaux, écoles et établissements analogues, le nombre des cabinets d'aisances sera déterminé par l'administration, dans la permission de construire, en prenant pour base le nombre de personnes appelées à faire usage de ces cabinets.

Le propriétaire ou le principal locataire sera responsable de l'entretien en bon état de propreté des cabinets à usage commun.

Tout cabinet d'aisance devra être muni de réservoirs ou d'appareils branchés sur la canalisation, permettant de fournir dans ce cabinet une quantité d'eau suffisante pour assurer le lavage complet des appareils d'évacuation et entrainer rapidement les matières jusqu'à l'égout public.

Les systèmes d'appareils devront d'ailleurs être soumis au Conseil municipal avant que leur emploi par les propriétaires soit autorisé. D'autre part, les projets d'établissement de canalisations pour les maisons neuves comme pour les maisons déjà construites devront être soumis au service de l'assainissement de Paris. Ce n'est que vingt jours après le dépôt de ce projet que les travaux pourront commencer. Et ce n'est que dix jours après que les travaux seront finis qu'on pourra se servir des canalisations établies.

Enfin, l'arrêté prévoit toutes les dispositions relatives aux nouvelles canalisations à faire pour les eaux pluviales, ménagères ou de vidange dans les maisons neuves ou déjà construites. Pour les maisons à construire, ces dispositions sont immédiatement applicables. Pour les maisons construites elles, pourront devenir exigibles si la salubrité le réclame. (*Médecine Moderne.*)

Médailles et récompenses.

1° Dans les hopitaux

Des médailles d'honneur ont été décernées aux personnes ci-après désignées en récompense de leur dévouement au cours de diverses épidémies :

Médaille d'or : M. le docteur Ferrand, médecin de l'Hôtel-Dieu de Soissons.

Médaille d'argent : M. le docteur Vilcocq, médecin de l'Hôtel-Dieu de Soissons; Mère Sainte-Lucie, religieuse à l'Hôtel-Dieu de Soissons.

Médailles de bronze : Sœurs Sainte-Mélanie, Sainte-Philomène, Saint-Charles, religieuses à l'Hôtel-Dieu de Soissons ; Mmes Lecart, Godard, Mathon, Langlois, infirmières à l'Hôtel-Dieu de Soissons; Palaizy, infirmier à l'Hôtel-Dieu de Soissons.

Médaille de vermeil : M. le docteur Froment, médecin des prisons d'Amiens.

2° Dans les facultés et écoles

Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique : MM. Badal, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Blarez, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Bodin, professeur à l'Ecole de médecine de Tours ; Bourquelot, agrégé, chargé de cours à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

Caillol de Poncy, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille ; Courchet, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier ; Deroye, directeur de l'Ecole de médecine de Dijon ; Fleury, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes.

Imbert, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Laguesse, professeur à l'Ecole de médecine de Dijon ; Lemaitre, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges.

Malichecq, médecin du lycée de Mont-de-Marsan ; Moynier de Villepoix, chef des travaux à l'Ecole de médecine d'Amiens ; Raimbault, professeur à l'Ecole de médecine d'Angers ; Schmitt, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; Marc Sée, chirurgien du lycée Saint Louis.

Tedenat, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Tinel, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen ; Trabut, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger.

Officiers d'Académie. — MM. Belin, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris ; Bellamy, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes ; Bertin, chef de travaux à la Faculté de médecine de Montpellier.

Demoulin, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris ; Denigès, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux ; Ducamp, agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Montpellier ; Estor, agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Montpellier ; Gourret, suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille ; Haushalter, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy ; Herpin, professeur à l'Ecole de médecine de Tours ; Hervoët, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes ; Houdas, préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

Meslans, ancien préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris ; Peugniez, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens ; Prenant, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy ; Régis, chargé de cours à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Rivière, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Sandoz, préparateur à la Faculté de médecine de Paris ; Soulie, suppléant à l'Ecole de médecine d'Alger.

Empoisonnement par les écrevisses.

On signale quatre villes de la région de l'Est où se sont produits des empoisonnements par des écrevisses. Quarante personnes à Epinal, sept à Verdun, puis à Jeandelize où il y a quelques jours, au mariage d'une fille de la localité, quarante convives, après avoir mangé des écrevisses, furent pris de coliques violentes et de vomissements. Grâce au médecin, une catastrophe put être évitée. Plusieurs personnes ont succombé. Toutes ces écrevisses proviennent des entrepôts de Cologne, où sont centralisées les écrevisses des divers cours d'eau de l'Europe.

Inspection générale du service de santé coloniale.

Art. I. — Il est institué auprès du ministre des colonies une inspection générale du service de santé, chargée de la direction technique des affaires sanitaires et de l'hygiène.

Art. II. — Le médecin inspecteur, président du conseil supérieur de santé, prend le titre d'inspecteur général. Il relève directement du ministre.

Art. III. — Il a sous ses ordres le personnel attaché à l'inspection générale, qui comprend : 1° le conseil supérieur de santé ; 2° un bureau d'hygiène et de statistique médicale.

Art. IV. — L'inspecteur général du service de santé est consulté : sur l'organisation du corps de santé, les promotions et les mouvements du corps de santé, les propositions et les mouvements du personnel attaché aux hôpitaux des colonies ; sur la construction et l'aménagement des casernements et hôpitaux ; sur les projets de travaux intéressant l'hygiène publique aux colonies.

Art. V. — Il centralise les renseignements sanitaires et la statistique médicale des colonies. Il dirige le service technique des hôpitaux, lazarets, asiles ou autres établissements sanitaires des services généraux ou locaux. Il prépare les instructions relatives à la police sanitaire et propose au ministre les mesures qu'elle nécessite.

Art. VI. — Il n'est rien changé aux dispositions générales du décret du 7 janvier 1890, concernant les attributions du conseil supérieur de santé des colonies et pays du protectorat.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie Schiller, 10, rue du Faubourg-Montmartre.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Des luxations congénitales de la hanche. — Anatomie pathologique et traitement opératoire curatif.

Travail présenté à l'Académie de Médecine pour le prix Portal, Par M. Vallette (Hôpital cantonal de Genève).

(*Suite.*)

4° adultes

Les modifications déjà vues se retrouvent ici, souvent aggravées. La capsule orbiculaire est fortement étirée, allongée. Elle a pris parfois cette forme en sablier, décrite par Sédillot, Bouvier et caractérisée par un rétrécissement de sa partie médiane avec élargissement aux deux extrémités qui conservent leurs insertions normales au rebord cotyloïdien et à l'extrémité supérieure du fémur. Cette partie médiane forme un canal contenant le ligament rond, avec plissement de la synoviale ou un cordon plein, si le ligament intra-articulaire est absent ; cette forme est d'ailleurs assez rare (1).

Les insertions de la capsule peuvent s'étendre au delà des limites normales (2); il y a aussi adhérence avec le petit fessier, le périoste, le ligament rond, formation de bourses séreuses. On a signalé parfois une dégénérescence graisseuse des ligaments : c'est une exception. M. J. Guérin en faisait une règle pour les ligaments relâchés, prétendant en outre que les ligaments soumis à une forte traction s'ossifiaient, surtout ceux qui sont immobiles.

Cet état se rapproche donc de celui que nous avons décrit antérieurement; il peut persister jusqu'à un âge avancé (3). La tête séparée de l'os iliaque par la capsule orbiculaire ne s'appuie que dans une dépression peu profonde ordinairement. On trouve parfois aussi des dispositions anatomiques nouvelles, rappelant les néarthroses qui se forment dans le cas de luxations traumatiques non réduites. Elles ne surviennent pas avant l'âge de 12 ans (1) et même plus tard à notre avis. Par la pression constante de la tête fémorale sur la capsule, celle-ci s'atrophie, elle est perforée et la tête arrive en contact avec l'os iliaque. Il s'établit dans ces conditions un travail actif de transformation de l'os (J. Guérin) par irritation subinflammatoire (Volkmann). L'os iliaque est déprimé, aminci à l'endroit où la pression s'exerce, tandis qu'il se forme des végétations osseuses au-dessus de la tête formant un rebord, un talus plus ou moins élevé et même une voûte solide arrondie (2).

Au pourtour de cette nouvelle cavité qui peut avoir une certaine profondeur (1 centimètre, 2 centimètres), s'insèrent les bords de l'ouverture de la capsule perforée. Il s'y ajoute des faisceaux fibreux de renforcement provenant du petit fessier ou s'irradiant sur l'os iliaque.

L'ancienne capsule n'est plus représentée que par des ligaments qui s'insèrent au pourtour de l'ancien cotyle. On a ainsi une néarthrose solide, avec formation d'une synoviale plus ou moins complète, permettant des mouvements assez libres, mais situés dans une position anormale. C'est ce qu'on appelle la guérison naturelle et ce que plusieurs méthodes de traitement cherchent à obtenir.

L'ancienne cavité cotyloïde est parfois reliée à la nouvelle par une sorte de gouttière creusée par la tête fémorale dans sa translation à la surface de l'os iliaque (3) (Bouvier).

L'ancien acétabulum déshabité est très déformé, souvent triangulaire; il peut être rempli par des exostoses qui font même saillie au-dessus de ses bords, mais cela surtout chez des sujets âgés (4).

Il importe de remarquer que la cavité cotyloïde est toujours indiquée d'une façon ou d'une autre à sa place normale; elle ne manque pas absolument comme le disait Hueter, sans preuves du reste. Ogston et Lorentz ne l'ont pas trouvée dans des opérations sur des sujets de 20 ans et 11 ans, mais il n'est pas démontré qu'il n'en restât pas trace dans ces cas.

(1) Voir tableau III : Coudray, 9; Dollinger, 23; Levieux, 38.

(2) Lannelongue : Homme 37 ans. (Thèse de Dupré). (Voir tableau III.)

(3) Blandin : Veille femme (Tableau III). — Carnochan : 26 (Tableau III. Homme 60 ans.)

(1) Pravaz : *Loc. Cit.* Index n° 92.

(2) Peyrot : Homme 35 à 40 ans. Voûte osseuse très forte, épaisse de 1 centim. ; capsule très solide. — Geier : Tableau III, 17. — Coudray : III, 12. — Mézières : 53.

(3) Bouvier : Tableau III, 54. — Coudray : 8.

(4) Musée Dupuytren, n° 742 (V. tableau III, 47). — Gallozzi : 35. — Guret : 30-31.

Rempli de tissu adipeux ou fibreux, recouvert par la capsule étirée, le cotyle primitif est privé de son bourrelet cotyloïdien.

Le ligament rond manque habituellement chez les adultes; on le trouve pourtant encore à un âge avancé (1).

La tête fémorale, souvent très déformée, peut manquer absolument (2). Les déformations caractéristiques du bassin avec luxation congénitale du fémur sont celles du bassin avec luxation double. Les altérations typiques, celles du bassin iléo-fémoral de Guéniot, paraissent dues à des actions mécaniques; elles sont constantes et ont été retrouvées par tous les auteurs.

Les déformations atypiques, comprenant une partie du « bassin à viciation complexe » de Guéniot, paraissent remonter à la vie intra-utérine et devoir être attribuées à un arrêt de développement du bassin. Suivant qu'il porte sur toutes les pièces qui le composent ou plus spécialement sur les unes ou les autres (pièces formant l'os iliaque et le sacrum) on aura des variétés dont le nombre paraît très grand et qui échappent pour le moment à une classification (Fischer, Krukenberg). Dans quelques cas, Krukenberg attribue de l'importance à une action mécanique, compression, s'exerçant sur le bassin pendant la vie intra-utérine et dans la direction d'un diamètre oblique : elle causerait en même temps l'asymétrie et la luxation.

Ces déformations, qui peuvent dater de la vie fœtale, augmentent pendant le développement du squelette et ne seront complètes que vers l'âge de 19 ou 20 ans, au moment où le bassin a achevé sa croissance dans le sens transversal, les épiphyses marginales du sacrum s'étant soudées. Les autres cartilages sont déjà ossifiés vers 15 ou 16 ans (Sappey).

Bassin ilio-fémoral à luxation double. — L'atrophie des os du bassin est parfois très marquée. Les os sont plus minces, transparents, grêles. Les branches de l'ischion et du pubis sont surtout faibles; elles ne dépassent pas la grosseur d'une plume de corbeau dans le bassin décrit par Lefeuvre (3).

En outre, on trouve de nombreuses déformations dues à des causes mécaniques. Les ailes iliaques sont redressées de dehors en dedans par la pression de la tête fémorale en un point plus élevé que le cotyle normal et la traction des muscles iliaques distendus, leur action n'étant plus contrebalancée par les grands et moyens fessiers; ceux-ci ont perdu de leur force par le rapprochement de leurs insertions. Ce sont surtout les parties postérieures et médianes de l'ilion qui sont repoussées en dedans, de sorte que les épines iliaques antérieures et supérieures s'écartent plutôt qu'elles ne se rapprochent : la distance des épines iliaques antérieures et supérieures est égale à celle des crêtes iliaques. L'aile iliaque est moins inclinée en arrière, de sorte que son bord antérieur forme presque un angle droit avec la branche horizontale du pubis. Les épines iliaques antérieures se trouvent sur la même ligne verticale (Vrolik). La ligne saillante est peu marquée et ne forme pas une limite nette entre le grand et le petit bassin. La crête iliaque a perdu sa forme contournée en S allongée et ne présente pas de rugosités aussi marquées à la place des insertions musculaires.

La gouttière où glisse le tendon des muscles psoas et iliaque est beaucoup plus profonde que normalement, à cause de la pression exagérée qu'il exerce sur l'arc antérieur du bassin.

Les branches ischio-pubiennes et les tubérosités des ischions sont déjetées en dehors par l'effet de la traction qu'exercent sur elles les muscles obturateurs, jumeaux et surtout carré crural; de la sorte, l'arcade pubienne est comme étalée, surbaissée; l'angle sous-pubien atteint fréquemment 120°, voire 149° dans un cas de Guret. Un seul bassin fait exception avec un angle de 90° (Kleinwæchter).

Le trou sous-pubien est allongé, étiré, il devient elliptique; la tranche ischio-pubienne se rapproche de la branche horizontale du pubis. Les épines sciatiques, exerçant une traction de chaque côté sur le petit ligament sacré, recourbent le coccyx en avant, et, réciproquement, peuvent être elles-mêmes déviées vers l'intérieur du bassin (Sédillot).

L'aspect général du bassin est modifié : par le rapprochement des crêtes iliaques et l'écartement des tubérosités de l'ischion, il prend une forme plus cylindrique (Vrolik), au lieu de sa forme conoïde naturelle à grosse extrémité représentée par l'entrée du grand bassin. Le petit bassin a positivement une forme conoïde, la surface la plus étroite représentée par le détroit supérieur, la base élargie par le détroit inférieur.

La hauteur totale du bassin est diminuée aussi par l'affaissement de l'arcade pubienne, jusqu'à 2 ans. C'est le petit bassin qui supporte toute cette diminution de hauteur, puisque celle du grand bassin est plutôt augmentée par le redressement des ailes iliaques : le canal pelvien est raccourci.

Le diamètre transverse du détroit inférieur est considérablement augmenté, tandis que son diamètre antéro-postérieur est diminué par la saillie du coccyx en avant.

Au détroit supérieur, le diamètre transverse a été trouvé rétréci dans deux bassins de Sédillot et Scanzari, le diamètre antéro-postérieur relativement plus grand. Mais, dans la grande majorité des cas, le diamètre transverse n'est pas rétréci (Dupuytren), il est même agrandi le plus souvent (1). Ou encore, il est proportionnellement moins diminué que le diamètre antéro-postérieur (2).

Schroëder décrit le bassin ilio-fémoral double comme aplati d'avant en arrière avec élargissement du diamètre transverse (3). Avec Sassmann, il l'explique par le mécanisme suivant : le poids du corps ayant tendance à enfoncer le sacrum en bas et à le faire basculer en avant, celui-ci s'incurve. Les ligaments sacro-iliaques postérieurs agissent sur l'extrémité postérieure des ilions en le forçant à s'incurver autour d'un axe vertical médian. Si la contre-pression normale des têtes fémorales ne lutte pas contre cette action, l'incurvation s'exagère et le diamètre transverse est augmenté.

Quand le détroit supérieur n'est pas élargi dans le sens transverse et que nous n'avons pas affaire à un bassin qui

(1) Dollinger : Tableau III, 23. Homme 56 ans.

(2) Tableau III, Simrock : 5. — Deleus : 15. — Cruveilhier : 21. — Carnochau : 26-30. — Harrison : etc. Tableau III *a*, Ogston.

(3) Guéniot : *Loc. Cit.* Index, 45.

(1) 2 bassins de Guéniot, 1 de Kleinwæchter, 1 de Kustner, 5 de Guret.

(2) Fischer : Tableau III. 42.

(3) D'après des mensurations sur le vivant : 3 cas.

a conservé sa forme infantile (1), on a peut-être un arrêt de croissance des épipbyses marginales du sacrum dont la croissance détermine l'augmentation du diamètre transverse.

Le bassin ilio-fémoral double est ordinairement symétrique, mais une moitié peut être plus atrophiée que l'autre. Guéniot a rassemblé quelques cas où il existe une asymétrie notable, un cas de bassin oblique ovalaire compliqué de luxation coxo-fémorale double (2). Fischer ajoute la description d'une pièce anatomique (3) où l'on a la même déformation; mais, au lieu d'une synostose sacro-iliaque qui n'existe pas, on ne peut incriminer qu'un arrêt de développement de l'aile gauche du sacrum.

Guéniot décrit un bassin à luxation double avec viciation complexe (4) où tous les diamètres sont rétrécis par arrêt du développement général.

Une autre conséquence de la luxation double est l'inclinaison exagérée du bassin en avant. L'angle que forme le plan du détroit supérieur avec l'horizon est de 60° normalement (Sappey); ici il augmente beaucoup jusqu'à atteindre un angle droit; l'axe du détroit supérieur devient horizontal. Ce mouvement de bascule en avant s'explique par le transport en arrière du point d'appui fourni par les têtes fémorales, par le rapprochement des extrémités opposées des muscles extérieurs du bassin (grand fessier, biceps, etc.), ce qui diminue leur puissance; enfin par la traction que le psoas distendu exerce sur le bassin.

Cette inclinaison du bassin provoque l'apparition d'une forte ensellure lombaire statique avec cyphose dorsale compensatrice.

L'articulation sacro-vertébrale peut être plus libre, le disque intervertébral plus épais à la partie antérieure (Dupuytren).

Dans tous les cas de luxation en haut, l'inclinaison du bassin sera moins forte, l'ensellure aussi; le détroit supérieur sera rétréci dans le sens transversal.

Bassin ilio-fémoral à luxation unilatérale. — Les actions mécaniques que nous avons vues plus haut ne s'exercent que d'un côté; le bassin sera donc asymétrique. Le coccyx n'est attiré que du côte luxé et dévié de ce côté. La courbure interne de l'os iliaque du côté sain est redressée, tandis qu'elle est augmentée du côté luxé, de sorte que le détroit supérieur prend une forme ovalaire à grosse extrémité tournée du côté sain. La pression de la tête fémorale détermine en outre la déviation de la symphyse iliaque du côté luxé, secondée par les tractions musculaires. Le plan médian du sacrum ne passe plus par la symphyse et le diamètre oblique du côté sain est diminué, ce qui peut avoir une influence fâcheuse sur la marche de l'accouchement.

L'atrophie du bassin qui ne porte que sur le côté luxé augmentera encore la différence entre les deux moitiés. Il est à noter que la quantité des os de l'arc antérieur du bassin est beaucoup moins notable dans les cas de luxation traumatique unilatérale et qu'elle ne peut donc pas être attribuée seulement à la diminution de l'action exercée sur ce segment osseux par les muscles raccourcis. Ici encore, il faut incriminer le développement insuffisant des os pour expliquer cette atrophie exagérée des os dans la luxation congénitale.

La lordose est moins prononcée dans les cas de luxation simple, mais il s'y ajoute une scoliose lombaire à convexité tournée du côté luxé, scoliose statique due à l'inclinaison du bassin de ce côté par raccourcissement du membre.

Observation due à M. le docteur Hoffa :

13° Bauer (Anna), 13 ans. — *Luxation double.* Opération. La capsule articulaire est forte, solide, distendue. La tête un peu atrophiée, légèrement aplatie au point de contact avec l'os iliaque, rappelle la forme d'une châtaigne. Le revêtement cartilagineux est intact, le ligament rond manque. L'acétabulum est peu profond; son diamètre mesure environ 3 à 3.5 centimètres. Il a la forme d'un triangle isocèle; son fond est rempli par du tissu conjonctif et graisseux.

II. TRAITEMENT

L'anatomie des luxations congénitales de la hanche nous fournit les données nécessaires pour instituer un traitement rationnel et nous sert de critérium pour estimer les diverses méthodes en usage. Nous passerons en revue les faits les plus importants à ce point de vue, puis nous dirons deux mots des principaux symptômes à combattre et du pronostic de l'affection, qui rend un traitement nécessaire. Quant au diagnostic, il n'est difficile que chez l'enfant qui ne marche pas encore; l'attention sera attirée par la saillie exagérée des trochanters élargissant la hanche, le relief anormal de la partie supérieure due au refoulement des muscles fessiers en haut, l'obliquité plus grande des fémurs; l'on recherchera par la palpation la présence de la tête dans une place anormale, l'on constatera un vide dans le pli de l'aine et la situation du grand trochanter au-dessus de la ligne de Wélatone Roser. Comme la tête est encore très voisine du cotyle, ces signes seront peu marqués et la luxation pourra échapper à toutes investigations jusqu'au moment où le malade commence à marcher. On éliminera la luxation paralytique par les commémoratifs, l'examen électrique des muscles; l'articulation est plus relâchée.

I. Le but du traitement doit être la guérison idéale de cette affection; il ne pourra être atteint que par la réduction précoce de la tête fémorale dans le cotyle naturel. Toutes les déformations sont dues à la luxation, à part les malformations primitives du bassin ou du fémur par arrêt de développement. Ch. Pravaz dit très bien dans son traité : « La réduction proprement dite a les avantages suivants : le centre des mouvements se trouve par là rapproché de sa position normale relativement au centre de gravité du corps et, d'un autre côté, les muscles pelvi-fémoraux, ramenés à leur longueur et à leur direction normales, rentrent dans l'exercice régulier de leurs fonctions ». « Plus tôt on annulera l'effet aggravant de la pesanteur, par le rétablissement du rapport régulier des éléments articulaires réciproques, moins on aura à réparer, d'une part, et plus on sera aidé, de l'autre, par la force plastique dont l'énergie est en raison inverse de l'âge des sujets. » « Lorsque la réduction est opérée avant que le bassin ait acquis son complet développement, il se rap-

(1) Guret : Fille hydrocéphale morte à 30 ans. L'action du poids du corps ne s'est jamais exercée sur le bassin, la patiente étant restée couchée toute sa vie.

(2) Cas de Fabbri.

(3) Fischer : Tableau III, 43.

(4) Musée Dupuytren, n° 746 *a*.

proche pendant l'évolution ultérieure de la forme naturelle. »

Si, avec Dupuytren, un grand nombre d'auteurs n'ont pas même tenté de faire la réduction, c'est sans doute qu'ils jugeaient que les altérations anatomiques la rendaient impossible par les moyens dont ils disposaient. L'insuccès de plusieurs méthodes doit être attribué aux obstacles que les différentes parties de l'articulation opposent à la réduction et dont les chirurgiens ne tenaient pas suffisamment compte.

Nous avons vu que, dès la naissance, la cavité cotyloïde est trop petite pour contenir la tête fémorale; c'est une dépression peu profonde, une fossette dont le rebord supérieur est effacé. La disproportion entre le cotyle et la tête fémorale ne fait que s'accroître avec les progrès de l'âge. Le bourrelet cotyloïdien manque ou est rabattu en dedans, diminuant ainsi l'étendue de la cavité. Il n'existe que très rarement des exostoses à la place du cotyle, chez l'enfant. Il sera donc nécessaire d'agrandir artificiellement cette cavité si l'on veut que la réduction se maintienne (1).

Cette opération est possible puisqu'on retrouve toujours une indication de l'acétabulum normal.

La capsule n'est d'abord que peu modifiée, un peu allongée seulement, et ne sera pas un obstacle à la réduction. On a attribué trop d'importance au rétrécissement de la partie médiane qui lui donne une forme de sablier (Bouvier); cette forme est rare et n'apparaît qu'à l'âge adulte.

Par contre, le ligament rond allongé, hypertrophié souvent, épaissi, serait refoulé par la tête dans la cavité et en réduirait encore la capacité; nous avons vu qu'il est conservé dans bien des cas jusqu'à la puberté et même après. Il faudra l'extirper (Hoffa).

La direction horizontale du col et de la tête du fémur ne fera que gêner le glissement sur l'os iliaque dans les manœuvres de réduction. Dans les cas où le col regarde en avant, la réduction ne se maintiendra qu'en donnant une position de rotation interne du membre inférieur (Lorentz) (2). Schede a vu cependant la réduction se maintenir dans un cas semblable. La tête fémorale, déformée ou non, fournira toujours un point d'appui suffisant si elle trouve un cotyle agrandi pour le recevoir (3). Si les deux surfaces, au contraire, sont déformées, il y aura encore moins de chance de réduction possible.

La position plus verticale de l'os iliaque a aussi été incriminée (Paci) : elle favorise la récidive quand on n'a pas creusé un cotyle profond. De toutes ces conditions défavorables, c'est la déformation du cotyle qui est le principal obstacle dans le jeune âge. Mais, depuis l'âge de 3 ou 5 ans, suivant les cas, il s'y ajoute une résistance de la part des muscles rétractés qui rend impossible la guérison radicale au sens anatomique. C'est la traction qu'exercent les muscles de la cuisse et les fessiers sur l'extrémité du fémur qui empêche la réduction et produit la récidive. Nous n'avons pas à revenir sur cette rétraction (*Nutritive Verkürzung*) des muscles dont les insertions étaient rapprochées et qui se sont adaptés à cette nouvelle situation (Malgaigne).

Le traitement curatif doit en tenir compte; il sera bien préférable de les sectionner plutôt que de les distendre par force, de les déchirer (1), comme le fait Paci avec sa méthode « de douceur », au risque de provoquer des désordres plus ou moins graves.

Les parties molles, ligaments, aponécroses peuvent être aussi rétractées et devront être sectionnées en cas de besoin.

Conclusion. — Le résultat des recherches anatomiques nous indique la nécessité d'un traitement opératoire entrepris de bonne heure pour obtenir la cure radicale des luxations congénitales de la hanche. La meilleure méthode est celle de Hoffa, parce qu'elle tient compte des différents obstacles à la réduction.

Symptômes. — Il est évident que l'opération qui rétablit les rapports anatomiques nouveaux est celle qui corrigera le mieux les principaux symptômes, savoir :

La démarche vacillante du malade comparée au mouvement de roulis (Dupré); à la démarche du canard, dans la luxation double.

La claudication spéciale dans la luxation unilatérale : le patient plonge du côté luxé (Dupré), il oscille comme la cloche (de Saint-Germain).

La fixation de la tête du fémur dans le cotyle supprimera le glissement du fémur et une bonne partie du raccourcissement du membre luxé, avec ses conséquences, position du pied en équinisme du côté luxé, en flexion du genou du côté sain, scoliose. Il restera seulement le raccourcissement fixe dû à la direction horizontale du col du fémur et parfois à la diminution de longueur du corps du fémur, des os de la jambe (2). On le corrigera par une semelle élevée, ce qui n'est pas permis avant l'opération, quand le fémur n'a pas de point d'appui fixé sur le bassin; on ne ferait alors que favoriser le déplacement en haut.

La marche ne sera plus accompagnée de fatigue, comme c'est très souvent le cas dans les luxations congénitales.

Si d'autres traitements peuvent corriger une partie de ces symptômes, nul ne le fait mieux et plus complètement que le traitement opératoire.

(A suivre.)

(1) M. le Dr Hoffa nous fournit un argument topique à l'appui de cette assertion. Dans les deux opérations pratiquées sur des enfants de 2 et 6 ans (Laura Hahn et Gisele Avest) il néglige de creuser la cavité cotyloïde, trouvant la coaptation suffisante malgré un traitement consécutif approprié, la tête s'est déplacée de nouveau, mais en avant près de l'épine iliaque antérieure et inférieure.

(2) Lorentz a reconnu sur deux enfants cette direction du col avant et s'est abstenu d'opérer ces cas.

(3) Dans le cas de l'enfant Häffner âgé de 2 ans 1/2, M. Hoffa ne trouve qu'une tête complètement déformée : réduite dans le cotyle agrandi elle y trouve place et s'y maintient jusqu'à ce jour (plus de 2 ans).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement de l'obésité.

Par le Dr A.-F. Plicque, ancien interne des hôpitaux.

Les cures d'amaigrissement chez les obèses doivent toujours être dirigées avec grande prudence et surveillées avec soin. Il n'est pas rare de voir des cures, le plus sou-

(1) Paci : Voir le compte rendu de la première réunion annuelle de la Société italienne d'Orthopédie, 20-22 avril 1892. (Nota-Paci).

(2) J. Reverdin : Observation, page 46 : Le raccourcissement est diminué par la réduction dans le cotyle, mais il persiste un raccourcissement qu'on attribue au raccourcissement du col. Au bout de quelques mois la différence entre les deux membres est encore plus grande : on constate alors que le fémur et la jambe sont raccourcis, tandis que la tête est bien fixée à sa place normale.

vent d'ailleurs entreprises et suivies sans aucun conseil médical, aboutir à des complications graves.

Ces complications sont variables. Chez les jeunes obèses (enfants adolescents) où l'obésité est souvent liée à la scrofule, un régime trop débilitant peut favoriser l'apparition de la tuberculose. Chez l'obèse adulte, on observe surtout l'apparition de coliques hépatiques et néphrétiques, parfois de bronchites extrêmement tenaces. Quand l'obésité est associée à un diabète méconnu, fait extrêmement fréquent, une cure d'amaigrissement trop intensive peut aboutir au diabète cachectique, parfois aussi à des accidents de coma diabétique et d'acétonémie.

Mais les complications les plus fréquentes s'observent du côté du cœur. La disparition de la graisse qui surcharge le muscle cardiaque, en apparence si avantageuse, n'est pas sans troubler toutes les conditions circulatoires auxquelles le malade est accoutumé. Cette modification brusque peut entraîner des palpitations, des troubles asystoliques, des accidents syncopaux. Chez une dame, âgée de 64 ans déjà, qui avait suivi *proprio motu* et sous la compétence direction d'une amie, une cure intensive d'amaigrissement, son poids était tombé de 82 kilos à 63 kilos 5 en moins de six mois ! La cure se termina par une mort subite, liée probablement à un accès d'angor pectoris. J'appris du même coup le traitement et son résultat.

Jusqu'à quel point doit-on pousser l'amaigrissement. Tant que celui-ci est suivi d'une augmentation des forces et de l'entrain, que la respiration est plus facile, on peut continuer la cure. On doit, au contraire, la suspendre quand cette amélioration est remplacée par de l'affaiblissement, de l'essoufflement, des palpitations. Chez quelques obèses, on voit aussi survenir, au cours du traitement, un énervement marqué, caractérisé par de l'impatience, de l'insomnie et contrastant avec leur caractère calme d'autrefois. Chez eux encore, le traitement doit être suspendu.

Ces contre-indications connues, le traitement devra être avant tout hygiénique. Les médicaments ne devront être employés qu'avec grands ménagements.

Les principales règles hygiéniques peuvent être ainsi résumées :

1° Limiter la durée du sommeil, défendre surtout le sommeil prolongé le matin et le sommeil dans la journée.

2° Stimuler les fonctions cutanées par les frictions sèches ou alcooliques, les douches, les bains froids, les bains salés. Les bains de mer bien supportés par les obèses scrofuleux le sont très mal par les obèses arthritiques.

3° Dans les exercices physiques, tenir grand compte de l'état du cœur comme d'ailleurs dans l'emploi des douches et des bains. S'attacher à des exercices mettant en jeu le plus de muscles possibles : escrime, gymnastique. La marche si souvent prescrite est excellente, mais employée seule et poussée même jusqu'à la fatigue elle donnera moins de résultats que les exercices mettant plus de muscles en jeu. Insister sur la nécessité d'un exercice modéré après le repas. Le massage général constitue un excellent exercice passif, en même temps qu'un moyen de stimuler les fonctions de la peau.

4° Au point de vue du régime on tiendra grand compte de la coexistence possible du diabète, de l'albuminurie, de la lithiase biliaire, de la gravelle. Chez les jeunes sujets, on se défiera des tuberculoses latentes. Cette phthisis florida n'est pas très rare et l'essoufflement du début est parfois rapporté à l'obésité. La dilatation de l'estomac est fréquente chez les obèses, mais son régime diffère peu du régime ordinaire de l'obésité. Une anémie très marquée contre-indique tout régime insuffisant.

Presque tous les régimes prescrits dans l'obésité consistent, en effet, à restreindre au minimum la quantité d'aliments. Chez quelques obèses pléthoriques, le régime lacté peut être employé pour obtenir cette alimentation insuffisante. M. Le Menaud des Chesnais donne le lait seul en quantité aussi petite que possible. M. Bouchard donne par jour 250 grammes de lait et 5 œufs répartis en cinq repas.

En général, on se contente de prescrire une grande sobriété dans les aliments solides. Les repas seront peu copieux, mangés très lentement. Certains aliments : pommes de terre, féculents, sauces, ragoûts, pain et surtout mie de pain, pâtisserie, aliments sucrés, soupes, fruits suerés seront complètement exclus. Les graisses, contrairement à l'opinion d'Ebstein, seront interdites.

La quantité de boissons devra être également limitée. Le régime sec est certainement un des moyens les plus efficaces de déterminer un amaigrissement rapide. Mais cette diète liquide amène souvent chez les arthritiques de l'irritation intestinale, des coliques hépathiques ou néphrétiques.

Comme boisson on permettra donc une quantité suffisante de vin blanc léger, coupé d'une eau faiblement alcaline. Le thé, le café non sucrés pourront être permis avec modération. Le lait sera défendu en dehors du régime lacté intégral. Dujardin-Beaumetz défend également les vins liquoreux, les liqueurs, l'eau-de-vie, la bière. On pourra être un peu moins sévère à l'égard du cidre très fait chez les arthritiques. On insistera surtout sur l'interdiction complète d'alcool. Pris à dose même très modérée, mais quotidienne, l'alcool suffit à détruire tout l'effet d'un régime. Le tabac ne sera également permis qu'avec modération.

Les médicaments proposés ont été nombreux. L'emploi du vinaigre, du savon médicinal doit être abandonné. L'iodure de potassium, l'iode peuvent être donnés à faibles doses chez les obèses rhumatisants. L'iodure de potassium est également indiqué en cas de complications asthmatiques.

Le traitement de l'anémie par les ferrugineux aura dans quelques cas une action très intéressante. Il n'est pas rare de voir l'anémie se compliquer d'obésité et surtout l'anémie succédant à des pertes de sang répétées, comme, par exemple, les métrorrhagies. On conçoit qu'en ce cas le traitement doit être avant tout celui de l'anémie et des hémorrhagies locales. Dans le traitement de l'anémie chez les obèses on évitera l'emploi de l'arsenic.

Chez les obèses pléthoriques, chez les obèses à foie et intestin fonctionnant mal, les purgatifs sont extrêmement utiles. On préférera les purgatifs salins (sulfate de soude ou de magnésie) à doses faibles et répétées.

Dans ces deux formes d'obésité les alcalins, qui seraient plutôt nuisibles en cas d'anémie, sont également indiqués. On se contentera d'ordinaire de prescrire aux repas une eau alcaline faible.

Duchesne-Dupau a vanté contre l'obésité le fucus vesiculosus qui agit sans doute par la petite quantité d'iode qu'il

contient. On emploie ce médicament un peu oublié aujourd'hui, soit sous forme d'extrait à dose de 1 à 2 grammes, soit plus simplement sous forme de décoction.

Comme station thermale, Chatelguyon doit être particulièrement signalé. Brides convient surtout aux obésités lymphatiques de l'adolescence.

Le plus difficile, en général, n'est pas de diminuer suffisamment l'obésité, c'est de maintenir les résultats obtenus. Ce n'est que par un régime scrupuleusement surveillé, un entraînement continu que les obèses peuvent combattre la tendance irrégulière qu'ils ont à engraisser de nouveau. Ce n'est guère que pour les obésités de l'enfance et de l'adolescence qu'on voit à la longue disparaître cette tendance au retour de l'embonpoint.

A L'ÉTRANGER

ANGLETERRE

Nous extrayons du compte rendu du Congrès de l'Association médicale britannique, tenu à Bristol du 3 juillet au 3 août 1894, le passage suivant, qui résume les discussions soutenues par la section de Chirurgie.

En premier lieu, le Congrès a discuté la question suivante :

Traitement chirurgical des lésions de la moelle épinière et de la colonne vertébrale.

M. William Thorburn (de Manchester), qui présente le sujet, déclare qu'il se contentera d'établir, aussi brièvement que possible, les opinions dont il est d'ailleurs partisan, sans s'étendre longuement sur les opinions des autres auteurs. Par ce moyen, il donnera un aperçu général de la question, au lieu d'essayer de développer quelques idées absolument nouvelles sur la pathologie et le traitement de ces affections.

Les lésions de la colonne vertébrale peuvent être classées en huit catégories :

1° Luxations unilatérales;
2° Luxations bilatérales avec déplacement persistant;
3° Luxations bilatérales avec diastasis;
4° Fracture des corps des vertèbres avec déplacement persistant;
5° Fracture des corps avec diastasis;
6° Fracture des lames;
7° Fractures compliquées;
8° Accidents secondaires des fractures, tels que : hémorrhagie, méningite, etc.

A première vue, certaines de ces catégories de lésions se confondent, mais il ajoutera cependant quelques mots d'explication à quelques-unes d'entre elles.

Ainsi, les luxations unilatérales peuvent être mises de côté. Elles se rencontrent généralement, sinon invariablement, dans la région cervicale. Les fractures des lames et des apophyses épineuses se voient très rarement. Les fractures compliquées résultent généralement de coups de feu. On peut enfin ne pas s'occuper, présentement, des lésions secondaires aux fractures. Ces éliminations étant faites, la grande majorité des lésions qui nous occupent peut être rangée maintenant dans la seconde, la troisième, la quatrième ou la cinquième classe, c'est-à-dire aux luxations bilatérales et aux fractures des corps des vertèbres. Les fractures et les luxations sont constamment associées, mais, dans cet exposé, on rapportera tous les cas à ces trois chapitres: luxations vraies, fractures seules et luxations et fractures réunies. Il importe surtout de se rappeler que, dans presque tous les cas, le fragment supérieur de la colonne vertébrale est déplacé en bas et en avant et la moelle se trouve ainsi comprimée entre le corps de la vertèbre en bas et l'arc postérieur de la vertèbre en haut. En pratique, il existe une distinction importante entre les cas dans lesquels le déplacement s'accompagne de diastasis des os lésés et ceux dans lesquels le déplacement persiste.

Dans le premier groupe de faits, la moelle est tout d'abord comprimée, puis relâchée tout naturellement; dans le second groupe, elle est également comprimée et continue à l'être entre les deux surfaces osseuses.

L'expérience a conduit M. Thorburn à penser que, dans la région cervicale, les cas de diastasis se montraient plus fréquents que les cas de déplacement persistant, dans une proportion d'environ deux contre un. Dans le région lombaire ce serait le contraire; mais les résultats de cet auteur sont trompeurs, puisque les lésions les plus graves seules ont permis de faire des autopsies. D'autre part, M. Thorburn a trop peu de cas de lésions de la colonne dorsale pour pouvoir établir des déductions statistiques à leur sujet. Mais, dans chaque partie de la colonne vertébrale, il a trouvé les deux variétés de lésions, c'est-à-dire le diastasis et le déplacement persistant.

Il y a quatre modes de traitement dont on puisse se servir dans ces cas-là : l'expectative, la réduction des déplacements, la laminectomie et la contention avec l'appareil plâtré ou tout autre mode de fixation. Il est inutile de parler du traitement par l'expectative, mais M. Thorburn désire montrer à ses collègues que la vie d'un individu peut être parfois prolongée longtemps, même dans les cas désespérés en apparence. La preuve en est dans le cas célèbre de Hilton, et dans une de ses propres observations, où il s'agissait d'une femme qu'il suivit pendant cinq ans et demi. Cette femme avait une fracture, luxation de la troisième vertèbre dorsale, avec paralysie et anesthésie totale audessous du niveau de cette vertèbre.

A quelque distance en arrière que l'on se reporte, la réduction des déplacements ne semble pas avoir été employée ni avoir été possible, d'ailleurs, pour les cas plus communs où le diastasis avait accompagné le traumatisme. De même, dans les fractures des lames, fractures compliquées par le choc direct et dans les lésions secondaires, la réduction, au sens qu'on attache ordinairement à ce mot, n'était pas du tout employée. D'où l'emploi de cette méthode de traitement pour les seuls cas de lésions des première, seconde et quatrième catégories. Dans les luxations unilatérales, les conditions sont plus favorables à la réduction.

M. Thorburn a réuni, de sources diverses, quarante et un cas dans lesquels on a tenté la réduction d'une luxation unilatérale; trente-cinq fois le résultat apparent a été des plus satisfaisants. Des cas les plus importants de luxation bilatérale, il n'a que cinq observations personnelles, les autres observations ont été prises par ses collègues. Deux fois la lésion siégeait dans la région cervicale, et aux deux fois les essais de réduction, tentés sous l'action d'un anesthésique, ont échoué. Trois fois la lésion siégeait dans la partie la plus inférieure de la région dorsale et aux trois fois la position de la colonne avait été rectifiée en apparence, mais, dans tous les cas, le déplacement avait reparu, en dépit de la contention exercée à l'aide d'une camisole de plâtre.

Il ne faut pas oublier que ces essais de réduction sont très dangereux quand on opère dans la région cervicale. Ils sont même absolument coupables quand il s'agit de lésions de l'atlas ou de l'axis. Il en est de même dans la partie supérieure et dans la partie moyenne de la région

du dos où, non seulement la présence des côtes qui s'articulent avec les vertèbres rend la réduction des déplacements rares, mais s'oppose nettement à cette manière d'opérer.

Sur ces points, M. Thorburn limite l'intervention utile aux luxations unilatérales du cou et aux déplacements bilatéraux qui peuvent se faire dans la partie inférieure de la colonne dorsale et dans la colonne lombaire. Il considère cette intervention, non tant au point de vue du traitement radical de la lésion vertébrale, que de la guérison qui s'ensuit à une date plus ou moins lointaine.

Parlant de la laminectomie, il pense que, en debors de certaines conditions spéciales, cette opération ne peut rendre aucun service dans les traumatismes de la colonne vertébrale et de la moelle épinière. En voici la raison ;

D'abord, les cas les plus communs, ceux dans lesquels le choc s'accompagne de diastasis, ne sont pas, cela va de soi, justiciables de la laminectomie. En second lieu, ces cas se sont ordinairement terminés par la mort ou bien n'ont pas recouvré leurs fonctions.

Enfin, l'orateur n'a pas trouvé, ni dans les deux cents cas qui ont été publiés, ni dans les sept expériences qu'il a faites, qu'un profit net fût retiré de cette opération.

Voici, néanmoins, les cas dans lesquels la laminectomie peut être employée :

1° Dans les fractures compliquées;

2° Dans les traumatismes des lames et des apophyses épineuses avec lésion de la moelle, dans laquelle la compression a été probablement incomplète;

3° Quand les symptômes sont dus en partie ou entièrement à des hémorrhagies internes;

4° Dans les cas de pachyméningite ou de péripachyméningite qui peuvent accompagner un trausmatisme, après un très long laps de temps. Et, finalement, dans les cas de compression de la queue de cheval.

L'emploi du corset de plâtre, comme auxiliaire de la laminectomie pour la réduction ou pour la guérison spontanée, serait de la plus grande valeur et probablement tous les chirurgiens l'appliqueraient après les quelques premières semaines, dans un cas qui, d'ailleurs, le nécessiterait. Son usage est cependant d'un effet douteux à une époque prématurée. Mais il a le désavantage de causer des plaies, et, dans les cas de lésions du cou, d'embarrasser la respiration, tandis qu'il devrait, pour avoir un profit positif du moins, prévenir le déplacement secondaire.

M. le Dr Robert W. Lovett (de Boston) dit que ses expériences personnelles de fractures de la colonne vertébrale s'élèvent à 168 cas et 8 laminectomies.

Voici quelle était sa méthode de traitement :

Aussitôt que possible après l'accident, anesthésier le malade, le suspendre, et, en faisant forte pression par derrière, remettre la déformation dans une position relativement normale. Appliquer ensuite un corset de plâtre de Paris, pendant que le malade est encore suspendu. On obtient ainsi, dit M. Lovett, des résultats brillants au bout de quelques instants.

A l'époque où il décrivit pour la première fois sa méthode, c'est-à-dire en 1887, M. Lovett avait rapporté 82 cas de fracture de la colonne vertébrale. Et depuis, il avoue franchement qu'il n'a pas considéré ce traitement comme une opération très difficile et demandant beaucoup de soins. Il lui semble que toutes les fractures de la colonne vertébrale, y compris celles de la région cervicale où il y a paraplégie ou difformité, doivent être opérées à moins de contre-indications. Cette opération doit être faite immédiatement, car la moelle épinière longtemps comprimée subit des lésions irrémédiables. Mais le dernier mot n'a pas encore été dit sur cette question. A son avis, les statistiques qu'il a consultées sont suggestives. Mais, dans la pratique, la clef du problème se trouve dans le fait de savoir si le malade recouvrera oui ou non les fonctions de sa moelle épinière. Si la moelle était déchirée en deux, l'opération serait inutile. L'opération serait au contraire d'une grande importance si la moelle était simplement comprimée.

Des huit laminectomies opérées par M. Lovett, trois ont été faites pour caries vertébrales et paraplégie, deux ont été suivies de succès, l'autre opéré est mort. Des quatre autres laminectomies faites pour fractures de la colonne vertébrale, une seule a été suivie d'un plein succès, l'autre de mort et les deux dernières d'un recouvrement des fonctions médullaires. Dans tous ces cas, l'opération n'a pu être faite que le quatrième jour après le traumatisme, mais M. Lovett pense très sérieusement que le premier soin du chirurgien doit être d'opérer ce genre de traumatisme dans les 24 heures.

M. Gilbert Barling (de Birmingbam) est, en général, d'accord avec les opinions exprimées par M. Thorburn. Il pense, cependant, que dans beaucoup de cas, les chirurgiens ont opéré sans que cela fût absolument nécessaire. Dans un grand nombre de cas de fracture de la colonne vertébrale, il est impossible de dire quelle est la nature du traumatisme; à moins de faire un choix dans les cas à opérer, les opérations ne peuvent que jeter le plus grand discrédit sur le traitement chirurgical de ces sortes d'accidents.

M. Barclay (de Bristol) a une expérience personnelle de quatre cas de fracture de la colonne vertébrale. Il pense qu'il ne dévait y avoir aucune hésitation à opérer dans ces cas. Il considère qu'il ne faut pas avoir une perspective trop inespérée du traitement par l'opération.

(*The Lancet*, 11 août 1894.)

BELGIQUE

Sur les rapports de la diphtérie aviaire avec la diphtérie humaine.

M. Schrevens fait d'abord remarquer que, depuis 1888, la diphtérie a diminué sensiblement ses ravages en Belgique, et que la rougeole et la coqueluche, qu'elle dépassait auparavant comme cause de mortalité, ont depuis lors pris le pas sur elle ; la diphtérie serait même descendue sous ce rapport en 1892 à un taux qu'elle avait constamment dépassé depuis 1856.

M. Schrevens, qui depuis plusieurs années s'est appliqué à l'étude étiologique de la diphtérie, a réuni un grand nombre de faits qui l'ont amené à des conclusions dont il croit devoir faire part à l'Académie et qui, si elles sont contrôlées et confirmées par ses membres, démontreront la nécessité de certaines mesures prophylactiques spéciales ; il insiste particulièrement sur la part importante qui semble revenir aux poules italiennes et aux coqs de combat dans la pathogénie de la diphtérie humaine et cherche à définir exactement ce qu'on doit entendre par l'origine aviaire de la diphtérie.

Les germes diphtéritiques, dit-il, préexistent à la diphtérie aviaire (*nifflet*); celle-ci n'est pas plus spontanée que la diphtérie bumaine ; les poules, les coqs ne jouent pas là un rôle créateur; ces animaux ne font que réveiller, rendre à l'activité nocive les germes diphtéritiques semés à la surface du sol et entretenus là par les souillures si fréquentes qui la recouvrent; le passage des germes par les muqueuses de ces animaux les rend plus aptes à se fixer ensuite sur les muqueuses humaines, il leur communique une

virulence plus accentuée et les prépare à multiplier leurs victimes.

M. Schrevens, qui a déjà produit ailleurs de nombreux faits tendant à prouver la relation qui existe entre la diphtérie aviaire et la diphtérie humaine, expose ensuite les résultats d'une enquête qu'il a eu l'occasion de faire en mai dernier sur une épidémie de diphtérie, qui a régné dans la commune de Marcq, près d'Enghien, au hameau de Lahliau, et où il est parvenu à établir que les germes contagieux y avaient été apportés par des poules malades achetées, le 11 octobre 1892. sur le marché d'Enghien; quatre enfants ont succombé parmi les sujets atteints. Il parle ensuite d'une épidémie de diphtérie au développement de laquelle il a assisté récemment et qui a été provoquée à Rumes par un coq atteint de nifflet; les deux enfants atteints directement ont succombé, mais ils avaient porté les germes à l'école avant de la quitter et bientôt plus de dix élèves de différents hameaux présentaient les symptômes de l'angine couenneuse.

Il rapproche ensuite de ses enquêtes celle faite, en décembre 1893, par M. le docteur Gallez, président de la Commission médicale de la province de Hainaut, à Bersillies-l'Abbaye, au sujet d'une épidémie de diphtérie qui y régnait depuis six mois; là aussi on parvint à retrouver, à l'origine, le coq malade et l'on constatait en même temps les conditions d'insalubrité. les souillures de la surface du sol, qui sont si favorables à l'entretien des germes diphtéritiques.

M. Schrevens rappelle enfin des autres épidémies de diphtérie, étudiées, l'une à Ressac, près de Binche, en 1888, par M. le docteur Bricoult, des Ecaussines; l'autre à Falmagne et Falmignoul, en 1891, par M. le docteur Motte de Dinant; ces deux praticiens sont également parvenus à retrouver, comme cause initiale de ces épidémies, des poules atteintes de diphtérie aviaire.

Il termine en insistant sur la nécessité de relever ces faits, de les rapprocher, pour établir d'une façon précise les causes qui provoquent habituellement le développement de ces épidémies de diphtérie dans lesquelles périssent tant de jeunes enfants; il désire que l'on observe attentivement le rôle que jouent les volailles malades dans les premières manifestations de la diphtérie, pour arriver à provoquer l'application de certaines mesures prophylactiques qui amèneront sûrement dans notre pays une diminution de la mortalité par diphtérie.

(*Presse Médicale belge*, 19 août 1894.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 août.

Structure de la membrane de Corti.

Nous reproduisons textuellement la note de MM. Coyne et Cannieu présentée à l'Académie de Médecine par M. Bouchard :

Quand on examine la membrane de Corti des mammifères (homme, chat, chien, souris, etc.), on s'aperçoit qu'elle est constituée par une substance spéciale claire, transparente, offrant un aspect élastique. Cette substance est striée transversalement, c'est-à-dire dans une direction qui s'étend de son point d'insertion interne vers son point d'insertion externe.

Nous étudierons la structure de la membrane de Corti, d'abord en l'examinant par sa face supérieure, puis en faisant porter nos observations sur des coupes faites dans différentes directions.

Vue par sa face supérieure, cette membrane paraît constituée par des stries très rapprochées les unes des autres, unies entre elles au moyen d'une substance plus claire et peu abondante. On observe cette disposition et cette apparence plus particulièrement au niveau de la protubérance de Huschke, c'est-à-dire dans sa portion interne. L'aspect et la disposition des stries sont un peu différents dans la partie externe de cette membrane. En effet, nous voyons à ce niveau les stries et les fibrilles s'éloigner de plus en plus les unes des autres au fur et à mesure qu'on poursuit leur prolongation vers la portion externe, de telle sorte que, par leur disposition, elles rappellent l'apparence d'un éventail étalé.

Au niveau de l'insertion externe de la membrane, on voit une sorte de réseau à mailles polygonales.

Nous n'avons jamais observé le revêtement épithélial dont parle Lœwenberg et dont l'un de nous avait déjà nié l'existence.

Sur une coupe passant par l'axe du limaçon, la membrane de Corti présente dans sa partie interne un aspect différent de celui que l'on observe dans sa portion externe. La région qui est en connexion avec la protubérance de Huschke paraît constituée par des fibrille unies par une sorte de ciment plus clair. A ce niveau, ces fibrilles sont parallèles, très denses très rapprochées, les unes des autres. Lorsqu'on les suit dans leur trajet vers la partie épaisse de la membrane, elles constituent trois faisceaux superposés qui donnent naissance à trois couches principales qui sont : une couche limitante supérieure et une couche limitante inférieure, peu épaisses, denses, constituées par des fibrilles très rapprochées les unes des autres : entre les deux existe une couche intermédiaire formée par des stries éloignées les unes des autres, mais agglomérées par la substance intermédiaire dont nous avons parlé précédemment.

La couche limitante supérieure présente une apparence qui tranche sur l'aspect de l'ensemble de la membrane. Dans sa partie interne, elle revêt la forme d'un liséré mince, réfringent, strié dans le sens de sa longueur. A mesure que l'on se rapproche de son extrémité externe, elle devient moins dense et un certain nombre de fibrilles qui la constituent s'en détachent successivement, traversent la zone médiane en décrivant une courbe à convexité externe et vont se confondre avec les stries qui forment la couche inférieure.

La couche limitante formée, ainsi que nous l'avons dit précédemment, par le faisceau inférieur des fibrilles, se présente avec l'apparence d'une membrane dense, réfringente et habituellement parcourue par de fines stries. Elle est plus ondulée que la précédente, chez la majorité des mammifères où nous l'avons étudiée; on y observe des sortes de dentelures de longueur et de largeur variables. Cependant, chez le chat, on observe la disposition inverse et la zone limitante supérieure est plus ondulée que l'inférieure. Moins épaisse que la conche supérieure, elle est plus difficile à étudier et constitue le rendez-vous où aboutissent, après avoir décrit un arc de cercle à convexité externe, les fibrilles provenant des faisceaux supérieur et moyen.

La zone moyenne est également formée, dès sa partie interne par des faisceaux de fibrilles masqués par des lignes de striation divergente vers l'extrémité interne. Les faisceaux les plus proches de la face inférieure se recourbent en bas pour se terminer presque immédiatement dans le bord inférieur; ceux qui sont situés immédiatement au-dessus d'eux prennent la même direction pour aller rejoindre la zone inférieure un peu plus en dehors. Il en est ainsi pour tous les faisceaux de fibrilles qui (proviennent de la zone moyenne. Quand ses fibrilles sont épuisées, celles qui ont constitué la couche limitante supérieure traversent à leur tour la zone moyenne, la prolongent en dehors et se terminent comme les précédentes. Il résulte de ces faits que la zone moyenne est constituée par des fibrilles qui la parcourent de dedans en dehors en décrivant des courbes à convexité externes. Entre ces fibrilles existe une substance intermédiaire que nous allons étudier plus complètement sur des coupes dirigées dans des directions différentes.

Sur des coupes verticales et parallèles à l'axe du limaçon pas-

sant par la protubérance de Huschke, on peut observer un niveau de cette protubérance des sections perpendiculaires à la direction des stries, tandis qu'à droite et à gauche de cette région, les sections des fibrilles sont de plus en plus obliques.

Au niveau de l'insertion interne de la membrane sur la protubérance de Huschke, la coupe des fibrilles se présente avec l'apparence de points très rapprochés les uns des autres; puis, au fur et à mesure que les sections portent sur des parties plus éloignées de la protubérance de Huschke, ces points laissent entre eux des espaces minces d'abord, mais qui augmentent progressivement d'étendue. Il se forme ainsi un réseau constitué par des cloisons très minces dont les points de jonction sont signalés par des épaississements plus foncés. A de forts grossissements, on s'assure qu'à chacun des épaississements nodaux du réticulum correspond une des fibrilles que nous avons précédemment décrites. Cette apparence réticulée constatée sur des coupes de la membrane de Corti est due à la réunion des lignes limitantes de ces cloisons qui sont constituées par ce que nous avons appelé plus haut la substance intermédiaire elle-même.

Comme les fibrilles apparaissent par transparence étagées sur plusieurs plans, elles donnent dans ces conditions à la membrane un aspect plus ou moins finement strié.

Cette description nouvelle que nous donnons de la structure de la membrane de Corti rend compte des faits observés par M. Coyne au niveau de la partie externe de cette membrane; elle confirme les recherches antérieures de cet anatomiste, qui portent à considérer la membrane de Corti comme une formation cuticulaire, constituée par la coalescence de cils vibratiles agglutinés, et présentant ainsi une grande analogie avec la cupule terminale des crêtes acoustiques.

Intervention hâtive dans la pratique des accouchements.

M. Charpentier lit un rapport sur un travail de M. Aron (de Sedan) intitulé : *De l'intervention hâtive dans la pratique des accouchements*, et dont voici le résumé : Il y a avantage, pour M. Aron, à intervenir hâtivement, c'est-à-dire une heure ou deux après la dilatation du col, au moyen du forceps ou de la version suivant les cas, pour éviter à la femme les fatigues d'un accouchement trop prolongé et le surmenage qui la met dans des conditions défavorables au point de vue de la puerpéralité.

Ce n'est pas à son intervention hâtive, dit M. Charpentier, que M. Aron doit son succès, mais à son antisepsie complète et rigoureuse. L'accoucheur ne doit avoir recours aux interventions obstétricales que dans l'absolue nécessité, les chances d'infection étant toujours augmentées par l'introduction des instruments ou des mains dans les voies génitales.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 août.

Propriétés antitoxiques du sang de salamandre terrestre vis-à-vis du curare.

MM. Phisalix et Contejean étudient aujourd'hui le mécanisme de l'immunité de la salamandre terrestre, dont ils ont précédemment montré l'existence vis-à-vis du curare.

Ils se sont demandés s'il n'y aurait pas, comme pour le venin, une relation entre cette immunité et la présence de glandes venimeuses, d'autant plus que, chez le crapaud, la résistance au curare est également beaucoup plus grande que chez la grenouille. Dans ce cas, l'immunité de la salamandre pour le curare serait due à la présence dans le sang d'une substance qui aurait pour résultat d'empêcher ou de neutraliser les effets de ce poison.

Or, MM. Phisalix et Contejean ont constaté qu'un mélange de sang de salamandre et de curare n'agit pas sur la grenouille et que, d'autre part, l'action du sang de salamandre employé seul est antagoniste de celle du curare. Conclusion : le sang de salamandre terrestre renferme une substance antitoxique vis-à-vis du curare et détermine chez la grenouille une réaction physiologique qui lui confère l'immunité. Le sang de salamandre seul a ce pouvoir. Son action protectrice s'exerce non seulement sur la salamandre elle-même, mais aussi sur la grenouille.

REVUE D'HYGIÈNE

Etude sur la putréfaction, par Fr. Bordas. Th. Paris.

Travail considérable et qui fait grand honneur à son auteur. Les dangers résultant de la décomposition des cadavres inhumés ont été exagérés ; quand les cadavres sont enfouis à 1 mètre 50 de profondeur, les gaz de la fermentation putride n'arrivent pas à la surface du sol. Les épidémies signalées au siècle dernier et au commencement de notre siècle, et dont on attribuait l'éclosion à des fouilles pratiquées dans les cimetières, ne reposent sur aucun fait précis et rigoureusement scientifique. L'air des cimetières intra-muros ne contient pas plus de germes en suspension que l'air d'une autre partie quelconque de la ville. Quant à la putréfaction elle-même, elle consiste essentiellement en un phénomène de fermentation dû à des microorganismes ; accessoirement peuvent jouer un rôle certains insectes ainsi que des végétations cryptogamiques. Les germes pathogènes que l'auteur a soumis à l'expérimentation (bacille d'Eberth, coli commune, du rouget des porcs, bactéridie charbonneuse, pyogenes aureus), ne sont pas susceptibles d'amener la dislocation de la matière organique. Parmi les nombreux microorganismes habitant l'intestin, l'auteur n'en a isolé que deux qui peuvent, par leur action simultanée, ramener la matière organique à des éléments beaucoup plus simples. Malgré cela, les résidus provenant de l'action de ces deux bactéries nécessitent encore l'intervention d'autres microbes (ferments nitriques), pour que la matière organique soit complètement transformée en carbone, hydrogène, nitrates, etc. Il semble fort probable que, dans les circonstances ordinaires des inhumations, les germes des maladies infectieuses, enfouis avec les cadavres, n'atteignent pas, à un moment donné, les sources avoisinantes.

Etudes d'hygiène urbaine, par A. Gastinel. Th. Paris.

La presqu'île de Gennevilliers reçoit les eaux d'égout de Paris ; ses habitants ne sont pas plus exposés aux maladies infectieuses que ceux des autres communes suburbaines. L'emploi de l'eau d'égout comme engrais n'entraîne aucune conséquence fâcheuse ; les légumes ne sont pas souillés par les germes pathogènes. Dans des recherches faites par M. professeur Grancher, radis, carottes, asperges se sont montrés indemnes de contamination microbienne. L'auteur en conclut que le procédé des irrigations par infiltration, tel qu'il se pratique à Gennevilliers, n'est nullement contraire à l'hygiène : il formule le vœu que l'ensemble des produits du « tout à l'égout » soit utilisé de la même manière et sur une plus large surface. A supposer que ce vœu soit irréalisable, pourquoi ne construirait-on pas un canal vers la mer avec des distributions latérales pour les besoins de l'agriculture et l'irrigation définitive vers les dunes ?

Etude sur le développement de la législation sanitaire en France et ses principales dispositions, par F. Andrieux. Th. Paris.

De l'ensemble de notre législation sanitaire, l'auteur conclut à son insuffisance et à l'urgence d'une réforme. Les lecteurs désireux de connaître les anciens édits touchant l'hygiène publique trouveront dans cette thèse aliment à leur curiosité. Entre autres, voici un article des statuts que la Communauté des Vinaigriers et Moutardiers avait à méditer dès l'an de grâce 1394 : « D'autant que la vie des hommes dépend d'une fidélité inviolable en la confection des sauces et moutardes, nul ne s'en pourra mêler doré-

navant qu'il ne soit expert, habile et reconnu dans une approbation générale. »

A signaler aussi un arrêt de 1631 qui enjoint aux médecins de dénoncer les pestiférés au commissaire du quartier et les ordonnances de 1665, 1670 et 1705 édictées en temps d'épidémies de dysenterie et ayant pour but de prohiber la vente des raisins et des melons.

Les corps des suppliciés à la Faculté, par A. CHAPOUTOT. Th. Paris.

Cette thèse renferme un résumé intéressant de l'histoire de l'anatomie. « Galien, dit l'auteur, appliqua à l'homme l'anatomie du singe comme aujourd'hui on lui applique la pathologie du cobaye. » Dans un dernier chapitre, M. Chapoutot proteste contre les formalités administratives qui empêchent les corps des suppliciés d'être livrés en temps opportun à la Faculté.

Dr CH. FIESSINGER (d'Oyonnax).

BIBLIOGRAPHIE

Traitement des rétrécissements par l'électrolyse linéaire, par le Dr J.-A. FORT. Paris, 1894 : 553 pages.

L'ouvrage de M. Fort est divisé en deux parties : la première, et de beaucoup la plus considérable, est consacrée aux rétrécissements de l'urèthre, la seconde aux rétrécissements œsophagiens, toutes deux à l'étude du traitement de ces strictures par l'électrolyse linéaire, d'après le procédé de l'auteur.

Quelques pages d'historique, une définition de l'électrolyse linéaire, une description de l'électrolyseur de Jardin et de celui de l'auteur servent d'introduction.

Dans un premier chapitre, M. Fort traite des opérations d'électrolyse avant 1888 ; les deux chapitres suivants contiennent de nombreuses observations de rétrécissements uréthraux, guéris par l'électrolyse linéaire, de 1888 à 1894. Chemin faisant, M. Fort critique les chiffres admis comme représentant la longueur moyenne de l'urèthre (pour le cathétérisme), et cherche à démontrer, anatomiquement et physiologiquement, la non-existence de la prostate en tant qu'organe distinct et indépendant de l'urèthre.

Après avoir montré comment, avec le temps, son procédé personnel d'électrolyse linéaire s'était perfectionné entre ses mains, l'auteur, dans un 4e chapitre, décrit l'opération, son mode d'action sur les tissus, ses suites immédiates et ses résultats.

Le chapitre V comprend les cas de rétrécissements irréguliers, cas anormaux, où soit le succès, soit l'insuccès d'une méthode ne peut servir à la juger.

M. Fort, avant de citer les auteurs qui se sont déclarés partisans de l'électrolyse linéaire d'une façon plus ou moins explicite, conclut par un parallèle entre l'électrolyse linéaire et l'uréthrotomie interne. Tout est à l'avantage de la première : pas de douleur pendant l'opération, pas de sang ; après, pas de fièvre, pas de dilatation nécessaire ; enfin, pas de récidives du rétrécissement. Ainsi, à une opération parfois grave, toujours douloureuse, souvent inefficace, on substitue une intervention insignifiante, toujours bénigne, et le plus souvent immédiatement curative ; l'hésitation n'est donc pas permise.

La seconde partie de l'ouvrage renferme des observations nombreuses de rétrécissements œsophagiens, guéris ou très améliorés, par l'électrolyse linéaire combinée à la dilatation.

En résumé, l'électrolyse linéaire est, non seulement, pour ces strictures un procédé de choix, c'est encore, pour la majorité des cas, le seul traitement justifié, puisque, plus souvent efficace que les autres, il est, en outre, toujours inoffensif.

Le livre de M. Fort renferme encore nombre d'aperçus originaux et d'idées personnelles dont nous ne pouvons rendre compte dans cette courte analyse. Nous nous bornerons à en examiner l'idée générale. Il dénote une conviction profonde des bienfaits que l'on peut attendre de l'électrolyse linéaire. L'enthousiasme de l'auteur doit-il gagner les lecteurs de son ouvrage ? Trop d'expérimentateurs consciencieux restent encore aujourd'hui défavorables. Personnellement, nous savons que faute d'un examen parfois très délicat, on voit souvent des rétrécissements uréthraux, là où il n'y a qu'un spasme, disparaissant un jour brusquement, sans aucune intervention directe sur la lésion présumée. Mieux vaut évidemment, pour ces malades, la moindre intervention et l'électrolyse est ici préférable à l'uréthrotomie. Mais alors est-ce le miracle ou la foi qui guérit ?

De l'appareil urinaire chez l'adulte et chez le vieillard, étude anatomique, histologique et physiologique, par ALBERT MIQUET. Thèse de doctorat, Paris, 1894, n° 181. — 164 pages.

L'auteur se propose de faire un parallèle entre l'appareil urinaire de l'adulte et celui du vieillard, afin de bien montrer les modifications diverses que « l'âge imprime à nos tissus ». « C'est, dit-il, un travail de mise au point que nous nous sommes efforcés de faire. »

Considérant successivement le rein, les calices, les bassinets, les uretères, la vessie, l'urèthre, la prostate, M. Miquet rappelle leurs caractères macroscopiques et microscopiques, la disposition de leurs vaisseaux et de leurs nerfs, leur rôle physiologique enfin, en comparant point par point les organes de l'adulte à ceux du vieillard et en montrant le processus de sclérose s'accuser avec l'âge dans tous les tissus de l'appareil urinaire. Cette dégénérescence scléreuse est la conséquence de la grande loi de régression de l'organisme.

Le travail considérable de M. Miquet, d'une lecture très intéressante, embrasse un champ beaucoup trop vaste, pour qu'il soit possible de mettre au point le plus grand nombre des questions qui y rentrent. Il est vrai que ces questions se modifient d'une façon incessante et que, pour s'en faire une idée, à l'heure actuelle, il est nécessaire de laisser de côté les traités classiques et de consulter les travaux originaux.

A. GUÉPIN.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Le microbe de la peste.

A propos de la peste qui règne à Hong-Kong depuis le 5 mai dernier, voici les recherches de M. le professeur Yersin, ancien attaché au laboratoire de M. Pasteur, médecin des colonies, que M. Duclaux a communiquées dans une des dernières séances de l'Institut :

« L'incubation est de quatre à six jours ; puis la maladie débute brusquement par de l'accablement et un épuisement des forces. Dès le premier jour, le bubon apparaît ; il est souvent unique et siège, dans la majeure partie des cas, à la région inguinale. La constipation est plus fréquente que la diarrhée. La mort arrive en vingt-quatre heures ou au bout de quatre ou cinq jours. Quand la vie se prolonge au delà de cinq à six jours, le bubon se ramollit et le pronostic devient meilleur.

» Les premières recherches bactériologiques ont été faites sur des sujets vivants. L'examen du sang retiré du doigt à diverses périodes de la maladie n'a pas montré de microbes et l'ensemencement est resté stérile.

» Les bubons, au contraire, contiennent en abondance et à l'état de pureté un bacille très petit, court, à bouts arrondis, ne se teignant pas par la méthode de Gram, mais se colorant par le violet de gentiane. Chez huit malades, j'ai trouvé le bacille dans les bubons. A l'autopsie de deux pestiférés, j'ai rencontré le même microbe. Il est surtout nombreux dans les bubons, il est moins abondant dans les autres ganglions et très rare dans le sang au moment de la mort. Le foie, la rate, sont augmentés de volume et renferment le bacille spécifique.

» Des souris inoculées avec une trace de pulpe d'un bubon meurent en vingt-quatre heures avec des bacilles dans les ganglions, dans les organes et dans le sang, où ils sont plus longs et plus grêles. Elles succombent à une véritable septicémie. Les

cobayes meurent en trois à six jours; ils présentent de l'œdème au point d'inoculation, une tuméfaction des ganglions voisins et une augmentation de volume du foie et de la rate. Plus la maladie se prolonge, plus les ganglions deviennent volumineux. De cinq souris inoculées avec quelques gouttes de sang, une seule a succombé le quatrième jour. Un cobaye inoculé de la même manière est mort en six jours. Une souris qui avait mangé la rate d'une autre souris morte de la peste a pris la maladie, il en est de même d'un rat qui avait mangé un fragment de bubon.

» Le microbe se cultive facilement sur gélose, en donnant une couche blanchâtre uniforme. »

Marine.

A dater du 6 août 1894, le ministre de la marine a fait connaître, qu'après avis conforme du conseil supérieur de santé, il a rendu applicable aux troupes de la marine l'instruction du 13 mars 1894 élaborée par le ministre de la guerre sur l'aptitude physique au service militaire.

Italie.

Le ministre de la guerre vient de fixer les conditions de taille qui seront exigées à partir du prochain appel. L'uniformité de taille sera notamment pour l'infanterie très supérieure à celle exigée dans presque toutes les autres armées européennes : régiments d'infanterie, de 1 m. 64 à 1 m. 65; alpins, lanciers, soldats du génie (régiments et train), de l'artillerie de campagne, taille minima de 1 m. 64 à 1 m. 65.

Ecole de santé de Lyon.

Ont été admis à subir la première partie des épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon, les candidats dont les noms suivent :

MM. Anthony, Aucouturier, Aymard, Baget, Bargy, Beaujeu, Beck, Bernard, Besse, Billon, Blain, Blan, Blary, Bodin, Bonhomme, Boppe, Boullier, Bourdette, Bourgeois, Brunel, Brunier, Busy, Cabaniols, Caillon, Canel, Carrière, Carrive, Cassé-Barthe, Chambon, Chanfreau, Chassin, Chavet, Clerc (Georges), Clerc (Julien), Coche, Coliez, Combe, Cousergue, Curie, Daireaux, Dauthuile, Demilly, Denaclara, Desbertrand, Desse, Deyrolle, Donier, Doumeng, Doumenjou, Drevet, Duchêne-Marullaz, Duchesne, Ducos, Dupuy, Duret, Espérandieu, Etcheverry, Etterlen, Fabre, Ferrand, Feuillade, Fischer, Fournereaux, Fournier, Gaume, Gantier, Gavard, George, Gillot, Godry, Graves, Grisez, Gnetschel, Guibert, Hervoit, Heusch, Houdart, Humbert, Imbert, Jeulain, Job, Jourdan, Lacoste, Lafforgue, Lambroschini, Lannou, Lapporte, Le Couédic, Lenouricbel, Long, Magnerand, Mahieu, Martin, Mazellier, Mazière, Melliès, Ménard, Metzquer, Molard, Morel, Natali, Neumann, Nicolini, Ouin, Oulié, Oullier, Pascal, Pelegrin, Peltier, Quillon, Rabalant, Raoult-Deslongchamp, Ranzy, Regnault, Rivet, Robert, Rothamel, Rouscaché, Rousset, Roy, Sagols, Saint-Martin, Salvador, Sandras, Scbotte, Senat, Simonot, Siot, Spire, Tartavez, Thomas, Thouzellier, Trille, Vergne, Viallet, Vidal, Vincent, Viry, Würtz, Zerland.

Belgique.

La Société médicale de Charleroi a mis au concours, sur la proposition de M. le docteur Moreau, la question suivante : *Faire l'étude des inconvénients des annonces des médecins dans les journaux politiques, et ce, au double point de vue de l'intérêt des malades et de la correction professionnelle.*

Le concours est national. Les travaux doivent être écrits en français.

Un prix de cent francs sera attribué à l'auteur du mémoire couronné.

La clôture du concours est fixée au 1er novembre 1894.

Roumanie.

Les professeurs de la Faculté de médecine de Bucharest, ainsi que les autres médecins roumains ont décidé de ne pas prendre part au Congrès de démographie qui doit avoir lieu prochainement à Budapest. Cette décision a été prise comme protestation contre la politique générale du gouvernement hongrois à l'égard de ses sujets roumains.

Autriche-Hongrie.

La réorganisation du corps de santé sur de nouvelles bases vient d'être arrêtée. Le personnel va être augmenté de 225 unités, en y comprenant les médecins détachés dans le territoire d'occupation de Bosnie-Herzégovine. L'augmentation comprend 1 médecin général, 41 médecins supérieurs, 45 médecins-majors, 119 médecins de régiments et 79 premiers médecins ; ces derniers sont assimilés aux premiers lieutenants et correspondent aux aides-majors de l'armée française.

Angleterre.

L'Institut britannique d'hygiène publique vient de tenir à Londres ses assises de l'année 1894. Parmi les diverses communications qui ont été faites, les plus importantes sont celles de M. Camphell Douglas, sur la création des hôpitaux de fiévreux ; de M. Rowand Anderson, sur la construction de maisons ouvrières ; de M. W. Géo Atkins, sur l'éclairage électrique comme agent sanitaire et de M. W. Relie, sur la destination des immondices dans les villes.

La déclaration des maladies épidémiques à Bordeaux.

Tous les médecins de Bordeaux sont actuellement pourvus du carnet à souche réglementaire pour la déclaration des maladies contagieuses. La mairie a accompagné l'envoi dudit carnet de la lettre suivante :

« Monsieur le Docteur,

» J'ai l'honneur de vous faire parvenir un carnet à souche contenant douze cartes destinées à la déclaration des maladies épidémiques à faire à l'autorité publique en conformité de l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892.

» Je vous rappelle que vous devez inscrire sur ces cartes la date de la déclaration, l'indication de l'habitation contaminée et la nature de la maladie désignée par un numéro d'ordre suivant la nomenclature portée à la première page du carnet.

» Les cartes doivent aussi mentionner l'indication du nom du malade, mais une simple initiale ou la désignation de l'étage habité par le malade pourra suffire dans tous les cas où vous le jugerez convenable. Enfin, vous pourrez réclamer toutes les mesures prophylactiques qui vous paraîtront utiles, suivant la nature et la gravité de la maladie que vous aurez constatée.

» L'administration municipale, à laquelle incombe le devoir de prendre toutes les mesures nécessaires pour prévenir les épidémies, interviendra à la suite de vos déclarations, soit pour faire exécuter vos prescriptions, soit pour répandre les instructions du Comité consultatif d'Hygiène publique de France, soit enfin pour assurer la désinfection du logement, des objets de literie, des vêtements et du linge de corps ou de ménage à l'usage des malades.

» Cette désinfection sera pratiquée à titre gratuit par les agents du service municipal.

» L'administration compte sur votre concours le plus dévoué pour faire comprendre à la population bordelaise l'utilité essentielle de cette mesure prophylactique.

» Veuillez agréer, etc.

» Vu et approuvé.

» *Le maire de Bordeaux,* A. Daney.

L'adjoint au maire, délégué à l'assistance et à l'hygiène publiques, Dr Laude. »

Nota. — Le carnet vous sera renouvelé sur simple demande adressée à la division de l'assistance et de l'hygiène publiques (Hôtel de Ville).

Les études préparatoires à la médecine.

Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs la lettre suivante :

« Je vous prie de faire rappeler aux élèves des établissements d'enseignement secondaire de votre ressort qui se destinent aux études médicales :

1° Que ceux d'entre eux qui seront pourvus du baccalauréat ès sciences en même temps que du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) ou de l'ancien baccalauréat ès lettres, avant la clôture des registres d'inscription en

novembre prochain, pourront commencer et achever leurs études médicales sous le régime du décret de 1878. Ils seront admis à prendre leur première inscription de médecine au trimestre du 4 novembre prochain;

2° Que ceux qui n'auraient pas obtenu le diplôme de bachelier ès sciences restreint au plus tard à la session de novembre 1894 seront tenus de faire dans une faculté des sciences, ou, dans le cas spécifié par l'article 7 du décret du 31 juillet 1893, près d'une école de médecine, l'année d'études préparatoires au certificat des sciences physiques, chimiques et naturelles institué par le susdit décret.

Passé la session de novembre 1894, il ne sera plus délivré de diplômes de bachelier ès sciences restreint. »

Les pharmacies municipales devant le Conseil d'Etat.

Le Conseil d'Etat, siégeant en assemblée générale, vient d'émettre un avis sur le point de savoir si l'établissement de pharmacies municipales vendant au public rentre dans les attributions des conseils municipaux. La question est née de la délibération bien connue du conseil municipal de Roubaix, affectant un crédit de 25,000 fr. à une création de ce genre. Le Conseil l'a résolue, comme précédemment pour les hospices, par la négative, en se fondant sur les raisons suivantes : la fabrication, l'achat et la vente ne rentrent pas dans les attributions légales où les communes doivent se renfermer. D'autre part, les textes en vigueur s'opposent — sauf l'exception en faveur des hospices — à ce qu'une officine soit gérée par un autre que le propriétaire, lequel doit être muni d'un diplôme de pharmacien. La création projetée violerait donc à la fois la loi du 21 germinal an XII et celle du 5 avril 1884.

Choléra.

Angleterre. — L'officier de santé du port de Londres a visité, cette semaine, le *Balmore* et a fait enlever du navire un malade soupçonné d'avoir le choléra. L'examen des intestins des hommes décédés précédemment sur ce navire a confirmé qu'il s'agissait bien du choléra asiatique.

Autriche. — Le *Bulletin sanitaire de l'Autriche*, organe du Conseil supérieur de santé, dit qu'il s'est formé à Zaleszczyki, dans la Galicie orientale, par suite de la transmission du choléra de la Podolie, un foyer épidémique plus virulent qu'aucun de ceux signalés en Autriche dans les deux dernières années. Du 5 juin au 4 août, 250 cas ont été constatés dans cet endroit, soit 5 0/0 de la population. Cependant on n'a constaté, à Zaleszczyki, aucun décès ni aucun cas nouveau dans le courant des derniers jours.

Belgique. — La *Gazette de Liège* constate qu'une vingtaine de cas se sont produits ces jours derniers à Liège et dans les communes voisines. Il y a eu plusieurs décès.

Grèce. — Une quarantaine de cinq jours est imposée en Grèce aux provenances de Marseille.

République Argentine. — Des quarantaines sont désormais imposées aux provenances de l'Europe dans tous les ports de la République Argentine.

Asie Mineure. — Plusieurs cas de choléra sont signalés dans un grand nombre de localités en Asie Mineure. Dans la Turquie d'Europe, il n'y a que la ville d'Andrinople et les environs qui soient pour le moment contaminés. On a remarqué que la plupart des cas qui arrivent à Andrinople sont mortels. Le gouvernement turc, d'accord avec le Conseil sanitaire international, prend toutes les mesures pour préserver Constantinople qui est, à l'heure qu'il est, absolument indemne.

Nécrologie.

MM. les Docteurs Burlet (de Meximieux); Mazard (de Limoges); Couturier, sénateur de l'Isère; Tavernier (de Lyon); Pagès (d'Alençon); Level (de Paris); Bouveret (de St-Genis-d'Aoste); Servajean (de St-Haon-le-Châtel).

Le charbon à Paris.

M. Lancereaux a fait récemment au Conseil d'hygiène une communication relative à trois cas de pustule maligne observés récemment à Paris. Ces pustules malignes résultent de la manipulation de peaux de provenance étrangère, et il y aurait lieu de les désinfecter avant de les livrer à l'industrie. Malheureusement, toutes les substances employées jusqu'ici, le sulfate de cuivre en particulier, détériorent les peaux. M. Schntzenberger a proposé un nouvel agent, le formol, qui pourrait être étudié à ce point de vue spécial.

Revue Internationale de Bibliographie.

La *Revue Internationale de Bibliographie*, dirigée par le professeur Jules Rouvier (de Beyrouth), vient de subir des modifications nombreuses. Tout en conservant son caractère international, elle paraîtra désormais sous le titre de *Revue Internationale de Médecine et de Chirurgie pratiques*.

Notre confrère, le Dr L. Touvenaint (de Paris), a été désigné comme secrétaire de la rédaction.

Les bureaux de la revue sont transférés à Paris, 37, rue Taitbout.

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon pendant les mois de juin et juillet 1894.

MM. Dodero : Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose pulmonaire et de la fièvre typhoïde. — Bricage : Contribution à l'étude du traitement de l'antéflexion utérine. — Légerot : Contribution à l'étude de l'hydronéphrose intermittente. — Gaillard : De l'intervention sanglante dans le traitement des corps étrangers de l'œsophage (portion thoracique). — Masson : Contribution à l'étude du mode d'action de la crâniectomie. — Oblette : Des injections hypodermiques de gaïacol à doses élevées et progressives dans la tuberculose pulmonaire. — Lestra : Contribution à l'étude clinique de la grippe. Grippe à déterminations méningées. — Ferroud : L'intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte; ses indications, sa valeur thérapeutique, simplifications des instruments d'O-Dwyer. — Tiollier : De la création d'un urèthre contre nature sus-pubien après fermeture de la vulve dans les fistules vésico-vaginales incurables. — Laurençon : De la griffe cubitale chez les tailleurs de cristaux. — Maleval : Etude clinique sur la péritonite tuberculeuse chez les enfants; symptomatologie et anatomie pathologique d'après 91 observations recueillies à la clinique des enfants à la Charité. — Devars : De la dégénérescence cancroïdale des anciens foyers ostéomyélitiques. — Bardonnet : De l'hémiplégie hystérique. — Genoud : Etude critique sur la présence des staphylocoques dans le lait des accouchées bien portantes. — Duber : Contribution à l'étude clinique de la pseudo-tuberculose d'origine paludéenne. — Boimond : Un nouvel appareil pour l'extraction des corps étrangers de l'urèthre. — Coronat : Du mécanisme de l'accomodation de l'œil. — Grandclément : Essai sur la neurasthénie; quelques considérations sur les symptômes oculaires et sa pathogénie. — Collet : Les troubles auditifs du tabes et la réaction électrique du nerf auditif. — Cotsos : Traitement des varices par l'excision de la veine saphène interne. — Mainguy : Contribution à l'étude des tumeurs sanguines de l'épididyme. — De Lauwereyns de Roosendaele : Les lésions traumatiques de la colonne vertébrale; leur traitement par la laminectomie et la trépanation. — Batault : De la déclaration des maladies épidémiques faite par les médecins. — Geley ; Des applications périphériques de certains alcaloïdes ou glycosides; nouveau procédé de régulation de la thermogénèse; nouveau traitement des maladies aiguës à détermination cutanée; nouvel agent d'anesthésie locale. — Durand : L'extrophie vésicale et l'épispadias; étude pathogénique. — Bonnet : Des salpingo-ovarites enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite et de leur traitement par la voie vaginale. — Lacomme : Vésication ; cantharidine et canthanidate. — Jeannin : De l'entérorrhaphie circulaire appliquée au traitement des anus contre nature d'origine herniaire. — Truchon : De la nécessité de la création d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels. — Mauviez : Contribution à l'étude des résultats éloignés de la cure radicale des hernies. — Beaugeois : Essai sur un mode particulier de saturnisme; intoxication chronique par le chromate de plomb. — Caziot : Etude de quelques phénomènes vaso-moteurs chez les tuberculeux pulmonaires; cyanose, cryasthésie ; doigt mort. — Lhomme : Essais sur l'automatisme.

Le Directeur-Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Imprimerie SCHILLER, 10, rue du Faubourg-Montmartre.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Des luxations congénitales de la hanche. — Anatomie pathologique et traitement opératoire curatif.

Travail présenté à l'Académie de Médecine pour le prix Portal, Par M. Vallette (Hôpital cantonal de Genève).

(*Suite.*)

Pronostic. — La luxation congénitale n'a généralement que des inconvénients pour le patient; c'est une infirmité gênante, démarche disgracieuse, fatigue rapide, gêne des mouvements. Il serait déjà avantageux à ce point de vue de lui rendre l'usage normal de ses membres inférieurs.

La luxation congénitale n'a pas de tendance à la guérison spontanée; tout ce qu'on peut espérer, c'est une amélioration de la marche par la fixation plus solide de la tête sur le bassin due à la formation d'une néarthrose. Les autres symptômes restent les mêmes.

Les inconvénients sont souvent plus graves : les membres en adduction s'entrechoquent dans la marche. De plus, avec les progrès de l'âge, l'élargissement du bassin, la tendance à l'embonpoint des patients qui sont relativement immobilisés, la marche deviendra toujours plus pénible. Volkmann a dû faire suivre une cure d'amaigrissement à une cliente et avec grand succès.

Il semble que l'articulation luxée soit fréquemment atteinte d'accidents douloureux (Dubreuil, Redard) (1) dus à une inflammation subaiguë. Heusner fit la résection dans un cas pareil. Kremse a observé deux cas d'arthrite catarrhale aiguë (Volkmann) suivis de mort : il considère la luxation congénitale qui existait dans ces cas comme une cause prédisposante.

Guéniot a montré l'importance des luxations congénitales pour la femme, tant au point de vue de la fécondation (difficulté du coït) que de la grossesse et de l'accouchement. Plusieurs de ces accidents ou inconvénients sont dus à l'insécurité de la marche (chutes, hémorrhagies intra-utérines), à l'adduction des cuisses, à la forte inclinaison du bassin (engagement difficile), au rétrécissement du détroit supérieur (accouchement prématuré nécessaire dans cinq cas) (1) ou à l'élargissement du détroit supérieur (expulsion trop rapide du fœtus et déchirure du périnée). Ils seront supprimés ou diminués par la réduction de la tête fémorale qui rétablira les conditions normales et empêchera les déformations de s'accentuer (2).

Le pronostic, sans être sombre, au total doit cependant nous engager, pour les différentes raisons susdites, à supprimer la cause des différents accidents qui peuvent résulter de la luxation congénitale.

Ces considérations sont basées sur les 15 observations de malades opérés par M. le docteur Hoffa et qu'il a bien voulu mettre à notre disposition avec la plus grande obligeance. Quelques-unes ont été publiées dans la *Revue d'Orthopédie*, 1891, n°2; les autres feront l'objet d'une communication au prochain Congrès des Chirurgiens allemands.

Méthodes de Traitement. — Nous croyons avoir suffisamment démontré qu'un traitement est nécessaire et que la cure radicale (réduction) ne peut être obtenue que par un traitement opératoire qui a pour but d'agrandir le cotyle, retrancher le ligament rond et supprimer l'action des muscles rétractés. Avant le début de la marche, la réduction serait peut-être possible par des manœuvres simples, quand la tête est située tout près du cotyle, mais elle a peu de chances de se maintenir; le diagnostic est rarement fait à ce moment. Nous reconnaissons volontiers que d'autres traitements peuvent améliorer la situation du patient en corrigeant quelques-uns des symptômes, mais ils ne peuvent pas prétendre amener la réduction dans le cotyle naturel, à moins de cas exceptionnellement favorables (3).

Dupuytren qui, le premier, s'occupe du traitement,

(1) Redard : *Traité de Chirurgie orthopédique*. — Dubreuil : *Revue d'Orthopédie*, 1891.

(1) Fischer.

(2) « La première indication à remplir serait assurément de guérir, s'il était possible, la luxation fémorale elle-même, comme cause première des inconvénients ou des dangers que peut subir la femme en travail (Guéniot). »

(3) Conservation du cotyle presque normal, pas de rétraction musculaire.

renonce à toute tentative de réduction étirée, le prototype du traitement. Orthopédique palliatif.

Ceinture de cuir (1) rembourrée, large de 3 ou 4 travers de doigt, munie de godets pour embrasser les grands trochanters et retenue par des sous-cuisses. Elle est serrée autour du bassin, entre la crête iliaque et le grand trochanter. Il recommande aux patients de choisir un métier sédentaire ; il emploie les bains froids et d'autres moyens physiques ayant pour but de fortifier les muscles péri-articulaires et les ligaments.

On a obtenu des résultats satisfaisants dépassant même les espérances (Huëter). Toutefois, les cas sont rares où la malade peut marcher avec aisance et on les cite presque comme d'heureuses exceptions (Pfender-South).

L'emploi de l'*extension continue* est un progrès. Elle fut utilisée d'abord dans le but de réduire la luxation (Lafond, Humbert, Pravaz) et l'on affirme avoir obtenu des cures radicales. Mais nous voyons Pravaz le père contester cette prétention de la part de Lafond et Humbert, disant qu'ils n'auraient fait qu'améliorer la position de la tête iliaque, la transportant dans l'échancrure sciatique, où elle trouve un point d'appui et corrigeant le raccourcissement du membre.

(1) Imitée par MALGAIGNE, STROMAYER, FRORIOP, LANGGARD, LANNELONGUE. BOUVIER l'emploie aussi et fait des tériotomis, si l'articulation est trop serrée (adducteurs, psoas iliaque). En outre, il fait du massage, ce qui est excellent, mais il a le tort d'élever la chaussure pour corriger le raccourcissement, ce qui ne peut être permis que lorsque la tête fémorale a retrouvé un point d'appui fixe sur le bassin. — KREMNOLD : Appareil du même genre. — MELICHER (de Vienne), 1845, emploie une ceinture élastique avec le traitement hygiénique et fortifiant.

MERCIÉ : Un caleçon en tissu élastique avec pelotes à air pressant sur les trochanters. On y ajoute des tuteurs latéraux surmontés de supports sous-axillaires, des cuissards, des tuteurs dorsaux avec courroies, ressorts, bandes élastiques corrigeant la saillie du ventre en avant.

Corset de SAINT-GERMAIN (de Menton) avec ceinture de cuir montée sur le bassin.

Tous ces appareils ont le bon effet d'affermir la jointure luxée en donnant un point d'appui au grand trochanter. La marche est facilitée et il paraît que les conditions sont plus favorables pour la formation d'une néarthrose comme par le processus de guérison naturelle.

ESCHBAUM : Appareil employé à la policlinique de Bonn. Ceinture avec plaques métalliques appuyant sur le grand trochanter, supports sous-axillaires. Ceinture élastique entourant l'abdomen et luttant contre l'ensellure.

RIEDINGER (Würzburg) : Corset de toile renforcé de lames d'acier. Courroies luttant contre la déviation de la colonne vertébrale (Thèse de Walzer).

Corset de KÖNIG, MATHIEU, REDARD.

Corset plâtré de Sayre employé par MAAS (Würzburg).

Corset de silicate de potasse de LANDERER. On y ajoute provisoirement pendant que l'appareil sèche quelques bandes plâtrées qui sont ensuite éloignées.

HUETER : Ceinture avec attelle descendant jusqu'au bas de la jambe munie d'anneaux de cuir et articulée à la hanche et au genou.

Méthode de l'extension continue.

LAFOND et DUVAL : Cas publiés en 1829.

HAMBERT (de Morley) et JACQUIER, 1835 : Extension durant seulement 25,55 minutes, 2 jours jusqu'à 2 mois 1/2. Le genou est fléchi, puis réduction.

PRAVAZ (CH.-G.) : Première cure 1834. Extension continue préparatoire de longue durée (4-6 mois) au moyen de poids et d'une gouttière de cuir. Lit mobile, à mouvements oscillatoires permettant des mouvements au malade sans suspendre l'extension. Puis réduction au moyen d'un levier en continuant la traction et traitement consécutif (appareil de contention et mouvements prudents dans des appareils) ; à sa suite VALETTE (de Lyon) obtient une guérison (?) — HEINE (de Cannstadtades), résultats médiocres. Il fait l'extension au moyen d'une vis, contre-extension appliquée aux ischions qui sont arrêtés par une planchette transversale, 1842.

MÉLICHER : Appareil du même genre que celui de Pravaz.

BUCKMINSTER-BROWN, 1831 : Extension continue sur la jambe en flexion durant 2 ans. Massage. Excellent résultat.

BRADFORD, 1891 : Treanactions of the american orthop. Association.

W. ADAMS, 189 : Appareil du même genre. Lit transportable permettant l'abduction pendant l'extension. 4 succès.

Quant à ses propres cas de guérison, ils sont vivement contestés par Bouvier, qui les nie absolument, et Malgaigne, qui doute que la réduction se maintienne plus de 6 mois, tandis que Gerdy, dans un rapport sur un cas traité par Pravaz, admet la guérison. Il est difficile de se faire une opinion sur la question en présence des divergences d'opinion de ces hommes éminents. Nos recherches sur l'anatomie pathologique nous portent à admettre les conclusions de Bouvier et Malgaigne. Ce qui est certain, c'est que les bons résultats obtenus sont dus à un traitement extrêmement long, immobilisant un jeune sujet au temps de son développement. M. le docteur Hoffa nous dit avoir essayé de l'extension sans résultat appréciable.

D'autres auteurs ont employé l'extension continue dans un but palliatif seulement. Ils espèrent améliorer la situation de la tête sur l'os iliaque, le faisant descendre en avant si possible et la fixer dans cette position pour faciliter la production d'une néarthrose solide (1). Volkmann ne fait l'extension que la nuit, mais durant des années : 5, 10, 15 ans, avec massage, traitement tonique. On emploie encore les appareils de Taylor, Sayre, Hennig, Redard, à extension continue, et de Schede, qui place le membre dans l'abduction, tous appareils portatifs n'immobilisant pas le malade, donnant de la fixité à la marche, pouvant améliorer la position de la tête et, la fixant sur le bassin, favoriser la production d'une néarthrose. Mais ils ne peuvent guère être utiles que dans les cas de luxation unilatérale.

Hoffa en a fait construire un nouveau modèle que nous avons eu l'occasion de voir dans sa clinique ; le patient qui le portait s'en trouvait bien, mais la démarche caractéristique persistait quand on lui enlevait.

L'appareil employé est le même que celui qu'il emploie pour le traitement de la coxalgie (2). Il le décrit comme suit : il est formé d'une sorte de cuirasse entourant exactement le bassin en suivant ses contours. Cette cuirasse est formée de deux moitiés dissemblables reliées en arrière par deux tiges horizontales parallèles, mobiles et des courroies en avant. Chaque moitié est formée de deux tiges d'acier recourbées et reliées ensemble par des vis. La première, fortement arquée en arrière, part de l'épine iliaque antéro-supérieure, longe la crête iliaque et, arrivée à son extrémité postérieure, se recourbe en bas jusqu'à la tubérosité de l'ischion du côté luxé, jusqu'à l'épine iliaque postérieure du côté sain. Le patient chevauche sur cette partie recourbée qui se prolonge par une ceinture périnéale bien rembourrée. La deuxième attelle part comme l'autre de l'épine iliaque antérieure supérieure, suit le pli de l'aine, puis se coude à angle aigu et se dirige en arrière en passant horizontalement au-dessus du grand trochanter sur lequel elle exerce une pression, pour rejoindre la première attelle sur laquelle elle est vissée.

(1) VOLKMANN fait l'extension sur la jambe du côté luxé placée en abduction ; il compte faire basculer le bassin de ce côté de façon que le cotyle du côté sain remonte ; le membre sain sera raccourci apparemment, le membre luxé allongé et l'égalité de longueur rétablie. Très bons résultats (Martin, Index n° 80).

MOTTA emploie le même procédé et fait porter un corset de feutre après la cure d'extension.

LANGENBERK BARMELL ont fait aussi l'extension de la cuisse placée en abduction.

(2) *Die ambulante Behandlung du coxitis*, von Dr A. HOFFA, 1893, figures 29, 30).

On fixe à son angle antérieur l'extrémité libre de la courroie périnéale qui sert à faire la contre-extension.

Pour l'extension, on a une attelle qui descend jusqu'au-dessous du pied et se coude à angle droit, permettant d'exercer une traction sur le membre en attachant à la partie coudée des courroies fixées à un anneau de cuir au-dessus des malléoles. Il y a une articulation à la hanche et au genou; les tiges métalliques sont recouvertes de flanelle et de peau; à la jambe et à la cuisse un cuissart et une jambière.

Cet appareil n'est employé qu'au cas où l'opération est refusée ou contre-indiquée par l'âge du malade ou une autre cause.

Tous ces appareils sont coûteux, exigent une surveillance incessante de la part des parents et du chirurgien; ils gênent l'enfant dans ses ébats et ne remplacent que très imparfaitement le traitement curatif.

Nous arrivons à un autre système de traitement qui a pour but de produire rapidement une néarthrose solide fixant le fémur au bassin; on a poursuivi ce but par des moyens en apparence très différents qui se réduisent à ceci : provoquer cette irritation qui est indispensable à la formation d'une nouvelle articulation.

J. Guérin propose de faire des scarifications de la capsule en allant jusqu'à l'os iliaque; en outre, tout autour de la tête, des scarifications de la surface de l'os qui ont pour but d'éviter le travail d'organisation. Lannelongue (1) dit avoir obtenu le même résultat avec des injections de la solution de chlorure de zinc à 1/10e, huit fois 2 gouttes. S'il se confirmait qu'on puisse obtenir ainsi « la formation d'un rebord osseux au-dessus de la tête », ce serait un moyen à employer dans les cas inopérables, en même temps que le traitement orthopédique.

Israël et de Paoli, qui clouaient la tête fémorale à la surface de l'os iliaque, Bühring qui la perçait, recherchaient aussi cette union fibreuse avec production osseuse.

La résection a été faite dans le même but : Margary, qui l'a érigée en méthode de traitement dans la luxation fémorale, dit : « Par le fait du traumatisme et le contact du col sur la capsule et le périoste, on détermine l'irritation indispensable pour la formation d'une néarthrose ».

Cette opération est jugée très sévèrement par Hoffa et Ollier (2), qui s'exprime ainsi : « La tête fémorale s'oppose au déplacement en bas du bassin... Que fait la section de la tête du fémur? Elle n'augmente pas les moyens de fixité de l'articulation, elle ne raffermit pas la capsule dont l'allongement avait été la cause de l'aggravation de la luxation; on pourra peut-être espérer que l'irritation amenée par l'opération va fortifier la capsule, l'hyperplasier et la rendre plus résistante dans la suite. La résection ne serait indiquée que dans ces cas d'adduction extrême dans lesquels la claudication est énorme. »

« La réintégration de la tête dans le cotyle est une opération plus rationnelle. » Hoffa ne trouve que trois bons résultats sur seize opérés; la jambe est raccourcie; malgré l'extension continue, on n'a pas réussi à faire descendre beaucoup le trochanter. La fixation sur le bassin ne paraît pas bien prouvée. La lordose est corrigée, mais la scoliose statique augmentée dans les luxations unilatérales.

(1) *Index*, 125.

(2) Ollier : *Traité de résections*, 1891, p. 91.

La résection ne serait justifiée que lorsqu'il se développe des phénomènes inflammatoires douloureux dans la hanche (1) comme cela arrive chez les adultes. Cette opération nous paraît jugée à l'heure qu'il est; nous n'insisterons pas davantage sur son infériorité vis-à-vis des autres méthodes opératoires. Pratiquée dans des cas isolés d'abord par Ed. Rose, 1874, et autres, elle fut proposée comme méthode de traitement rationnel par Margary, en 1884 (2). Celui-ci la pratiqua six fois depuis 1883. Il faisait ensuite l'extension continue et appliquait une ceinture autour du bassin lorsque le malade commençait à marcher. Lampugnoni, Motta, Raffo, Battini, de Paoli, Postompki, en Italie, suivirent son exemple.

En France, Vincent et Mollière (de Lyon) font la résection pour obtenir une pseudarthrose plus serrée.

En Angleterre, Ogston.

Au lieu de décapiter le fémur, Lampugnoni propose de n'en lever qu'un segment *inférieur pour éviter d'avoir un raccourcissement aussi considérable*.

Jusqu'à présent, nous n'avons pas encore rencontré un traitement produisant sûrement la réduction de la tête fémorale.

Chez les jeunes enfants, Brodhurst pense pouvoir l'obtenir par la réduction forcée. A partir de 2 ans, il s'aide de sections musculaires et tendineuses abondantes. Il fixe ensuite le membre en abduction dans un appareil plâtré.

Rosier pense pouvoir obtenir la réduction chez les enfants en bas âge en plaçant simplement le membre en abduction et le maintenant dans cette position au moyen d'une gouttière double.

Ces traitements sont peu connus dans leurs résultats et ne tiennent pas compte du rétrécissement du cotyle.

Enfin, la méthode de Paci, proposée en 1888 par le professeur de Pise, a été opposée par lui à l'opération sanglante. Il admet aussi que dans les luxations congénitales de la hanche, les obstacles à la réduction sont dus aux muscles pelvi-trochantériens, aux muscles de la cuisse et même de la jambe contracturés, rétractés, raccourcis et dont la direction est changée (3).

Il cherche à obtenir le déplacement de la tête fémorale par des mouvements de levier imprimés à l'os luxé en relâchant les muscles tendus ou rétractés et en suivant la loi expérimentale de Fabbri. L'opération se fait dans la narcose par le chloroforme (4).

1° Flexion lente de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin; la tête se porte en bas et les muscles sont relâchés.

2° Abduction jusqu'à ce que le genou dépasse le flanc de 15 centimètres environ. La tête se porte en avant.

(1) C'est une des deux indications admises par Mollière.

(2) Congrès international de Copenhague, 1884.

(3) Paci, dans ses 3e et 4e communications sur son traitement, revendique longuement l'honneur d'avoir le premier signalé cet obstacle dû aux muscles. Il oublie que les auteurs français le connaissaient depuis longtemps et que les teriotomis et myotomis de Guérin. Bouvier, Pravaz junior n'avaient pas d'autre but que de le supprimer. Hoffa a étudié la question indépendamment de Paci et son mérite est d'avoir tenu compte de cet état des muscles en même temps que des altérations articulaires.

(4) *Antimo di Orthopedia*, 1892-1893 ; Quarto contributo alla cura razionale delle Lussazion iliaca cong. del femore.

3° Rotation externe jusqu'à ce que la jambe devienne perpendiculaire à l'axe médian du corps. La tête fémorale décrit un arc de cercle.

4° Extension de la cuisse en employant la force au besoin, puis extension de la jambe, maintien de la rotation en dehors.

Immobilisation dans un appareil plâtré pendant un mois avec extension continue qui doit durer quatre mois. Pendant les deuxième, troisième et quatrième mois, le malade peut s'asseoir, se remuer dans son lit.

Au bout de quatre mois, le malade peut se lever et marcher avec des béquilles pendant quatre mois encore en continuant l'extension la nuit. Massage, électrisation.

A la fin du huitième mois, on supprime les béquilles et le patient marche en s'appuyant sur des bâtons. L'auteur applique, en outre, un corset orthopédique.

La position obtenue simule une réduction, mais cependant la tête se trouve généralement seulement près du cotyle, et au-dessous.

A en juger par les lettres de félicitation et les télégrammes flatteurs que l'auteur rapporte dans son article, cette méthode aurait soulevé un véritable enthousiasme en Italie, où elle a été expérimentée par dix chirurgiens et trouvée excellente.

Redard en a obtenu de bons résultats (1) : « disparition de la saillie du grand trochanter, de la lordose et du raccourcissement. Les malades marchent facilement sans claudication ». Dans les luxations bilatérales, les résultats sont moins satisfaisants. « L'extension continue a une part considérable dans les bons résultats obtenus ».

Karewsky a tenté cette manœuvre sans résultat.

Quelques avantages que puisse présenter cette méthode, il nous paraît difficile de dire avec son inventeur que « l'opération de Hoffa n'est que celle de Paci devenue une opération sanglante ». Hoffa cherche à obtenir la réduction de la tête fémorale dans son cotyle normal ; il supprime le ligament rond hypertrophié; il sectionne les muscles qui s'opposent à la réduction et à son maintien. Son opération donne un résultat rapide.

Paci améliore la position de la tête fémorale sur l'os iliaque, il étend les muscles qui résistent avec force; il ne peut pas espérer une réduction réelle, il le dit lui-même. Son opération, simple en apparence, demande des soins consécutifs prolongés et une surveillance très grande.

Les dangers d'une opération sanglante sont-ils assez grands à notre époque pour nous faire préférer à celle-ci une manœuvre beaucoup plus incertaine dans ses résultats? Nous ne le croyons pas ; en tous cas, nous attendrons pour nous convaincre que de nouvelles preuves soient venues s'ajouter à celles qui existent en faveur de la méthode de Paci.

Méthodes opératoires avec formation d'un cotyle agrandi. — Regher (1884), Schüssler (1885), Kerstner (1884), ayant fait la résection de la tête fémorale, chacun dans un seul cas, eurent l'idée d'agrandir le cotyle normal en le creusant avec la gouge. La résection n'est pas un temps nécessaire de l'opération ; elle prive le fémur de son extrémité articulaire normale sans aucune utilité en général.

Kœning repousse la réaction et cherche à former une nouvelle cavité en rabattant au-dessus de la tête fémorale un lambeau ostéo-périostique pris sur la surface de l'ilion, au-dessus de la cavité cotyloïde normale.

Ce lambeau en forme d'éventail restait en relation avec l'os au-dessus du cotyle et on le suturait avec la capsule orbiculaire. Les deux enfants opérés sont morts de maladie intercurrentes sans qu'on pût juger du résultat définitif. Dans une lettre adressée à Hoffa, Kœning lui dit avoir renoncé à cette méthode.

En 1882, Margary pratiqua l'opération suivante sur un garçon de 15 ans atteint de luxation congénitale de la hanche :

Incision de Langenbeck pour la résection de la hanche (première).

Ouverture de l'articulation. On creuse le cotyle avec la gouge, de façon qu'il puisse recevoir la moitié de la tête du fémur. Il forme une nouvelle capsule en employant des lambeaux de l'ancienne et des lambeaux périostiques qu'il suture ensemble au catgut. Suture des muscles au catgut et de la peau à la soie.

Le malade mourut de pyémie, ce qui fit renoncer Margary à une opération très rationnelle et en avance sur son temps.

(*A suivre.*)

(1) REDARD : *Traité de Chirurgie orthopédique.*

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Intoxications.

Par le Dr CH. FIESSINGER (d'Oyonnax).

I. Des accidents dus à l'antipyrine, par EDM. GOURIN. Th. Paris, 1893.

II. Iodoformisme. — Accidents consécutifs à l'emploi de l'iodoforme, par PAUL GUÉRIN. Th. Paris, 1893.

III. Contribution à l'étude clinique des intoxications consécutives à l'usage antiseptique de l'acide phénique, par ADRIEN CASASSUS. Th. Paris, 1893.

IV. Etude sur les intoxications alimentaires d'origine carnée, par AUG. FIQUET. Th. Paris, 1894.

V. Substances thermogènes extraites des tissus animaux sains et fièvres par auto-intoxication, par ALBERT ROUQUÈS. Th. Paris, 1893.

I. — Les médicaments ont leur histoire comme les hommes politiques : après la vogue, le discrédit ; puis, la période de jugement impartial. L'antipyrine a traversé avec succès la phase de discrédit : il a pris pied dans la thérapeutique en dépit des rares accidents auxquels expose parfois son administration. Ces accidents peuvent être ramenés à deux groupes : dans le premier, on trouve des érythèmes, des œdèmes localisés, de la stomatite, de la rougeur de la gorge, des nausées, du pyrosis, du coryza, de la laryngite. La courte durée de ces accidents, leur peu de gravité en font des types d'antipyrinisme léger. Le second groupe a trait, au contraire, à des intoxications plus graves. L'auteur a rassemblé une cinquantaine d'observations où sont signalés des vertiges, des syncopes, de la torpeur, du collapsus avec hypothermie, de l'anurie, etc. Six malades ont succombé. Nous-même avons eu à déplorer un cas de mort survenu il y a sept ans. Un malade de 60 ans, atteint, depuis plusieurs mois, d'une sciatique très douloureuse du côté droit et ne présentant aucune lésion apparente du cœur et des autres organes, manquant simplement d'appétit et ne dormant plus depuis plusieurs semaines, ce malade avale un gramme d'antipyrine. Les urines ne renfermaient pas la moindre trace d'albumine. Cette dose

d'un gramme d'antipyrine devait être répétée toutes les quatre heures jusqu'à soulagement. Une demi-heure après l'absorption de la première dose surviennent des sueurs froides, un affaiblissement progressif et la mort. L'issue fatale ayant suivi de près notre visite, nous ne pouvons donner de plus amples renseignements sur les signes qui ont accompagné un décès dont l'apparition foudroyante donnait un si cruel démenti au pronostic favorable que nous venions de formuler.

II. — De même que l'antipyrine, après avoir failli être écrasé sous les accusations dont on l'accablait, l'iodoforme a obtenu sa réhabilitation. Non pas que son pouvoir antiseptique soit théoriquement très remarquable ni même que son odeur ne soit tout à fait désagréable; néanmoins son action cicatrisante sur nombre d'ulcérations torpides a sauvé le médicament de l'oubli; et, en faveur des services qu'il rend, on pardonne aux méfaits dont M. Guérin a soigneusement compulsé le dossier: phénomènes d'irritation locale, érythèmes scarlatiniformes, rubéoliques, purpura, accidents généraux sans manifestation cutanée, tels qu'anorexie, délire, hallucinations, amblyopie, faiblesse du pouls. On se contentera de ne jamais déposer plus de 10 grammes de poudre sur une surface absorbante et il sera prudent d'user d'un autre antiseptique quand on se trouvera en face d'un vieillard, d'un enfant trop jeune ou d'un sujet débilité.

III. — C'est avec raison que l'acide phénique a été banni de la thérapeutique interne des maladies infectieuses. Cet antiseptique, étant éliminé dans l'urine sous forme de phénolsulfate de potasse, entraîne une élimination parallèle de soufre et de potasse qui appauvrira singulièrement un organisme déjà affaibli par la maladie infectieuse. C'est là un danger de la médication phéniquée contre lequel notre maître, M. A. Robin, a mis en garde; la cachexie phéniquée (intoxication chronique) décrite par Ramonet chez les typhiques qui avaient été traités par l'acide phénique, cette cachexie, où la débilité et la décoloration des téguments s'associe à une émaciation considérable, n'est pas faite pour encourager de nouvelles tentatives thérapeutiques dirigées en pareil sens.

L'usage externe de l'acide phénique n'expose pas à des inconvénients de ce genre. Les premiers signes d'intoxication se décèlent à une altération des urines qui deviennent brunes ou vert-foncé. Cette coloration est due à la présence de l'hydroquinone ou de la pyrocatéchine, comme nous l'avons établi après Baumann dans notre thèse inaugurale soutenue en 1879. Il suffit d'interrompre l'usage de l'acide phénique pour amener la guérison. Quant à l'intoxication aiguë grave (pâleur de la face, petitesse du pouls, troubles respiratoires, collapsus, accidents cholériformes) elle a été assez fréquemment la conséquence d'erreurs dans l'administration du médicament (lavements phéniqués à trop hautes doses).

IV. — Avec M. Fiquet, nous quittons le domaine des intoxications pharmaceutiques; les produits toxiques sont débités à l'étal d'un boucher ou d'un charcutier. Les empoisonnements alimentaires d'origine carnée reconnaissent une double cause: 1° l'introduction dans l'organisme de substances chimiques d'origine alcaloïdique (leucomaïnes, ptomaïnes) et 2° l'absorption des microbes que renferment les viandes altérées. Les symptômes surgissent quelques heures après l'ingestion de la viande malsaine et consistent en diarrhée d'odeur infecte, vomissements, dépression des forces, troubles oculaires et particulièrement mydriase. Après l'ingestion de viande de porc et dans un délai qui n'est pas moindre de 48 heures, peuvent apparaître en plus des éruptions (érythème polymorphe, ortié, roséolique, scarlatiniforme). La guérison n'est pas la terminaison constante de ces intoxications; des cas graves simulent la fièvre typhoïde et le choléra et sont parfois mortels. En outre des complications du côté des séreuses éveillent à l'occasion l'attention du praticien (péricardite, endocardite, pleurésie, rhumatisme articulaire, peut-être méningite cérébro-spinale).

V. — Dans un volumineux mémoire (180 pages) appuyé sur de nombreuses expériences, M. Rouquès, élève de M. le professeur Bouchard, nous démontre que, pour nous empoisonner, point n'est besoin d'antipyrine, d'iodoforme, d'acide phénique ou de viandes avariées: nos tissus satisfont amplement à la tâche. La plupart des organes sains de l'économie (rate, muscles, rein, poumon, capsules surrénales, cerveau, corps thyroïde, foie) renferment des substances dont l'injection veineuse élève la température de l'animal en expérimentation. Ces substances thermogènes varient comme quantité et comme puissance d'action avec l'état physiologique du sujet auquel elles ont été prises; elles augmentent sous l'influence de certains médicaments, tels que le bicarbonate de soude qui ne semble thermogène que par son action directe sur le foie et la suractivité cellulaire qu'il entraîne. Ces principes thermogènes ne sont pas connus chimiquement; ils sont en partie rejetés par l'urine à laquelle ils communiquent leur propriété thermo-élévatrice. Toutefois, cette propriété de thermogenèse très manifeste est masquée, au début de l'expérience, par l'action prépondérante d'une substance hypothermisante. On conçoit comment de pareilles substances produisent de la fièvre; il suffit qu'elles soient sécrétées en plus grande quantité qu'à l'état sain, qu'elles soient insuffisamment détruites ou incomplètement éliminées.

Telle semble être la pathogénie de la fièvre dans un certain nombre d'affections où la cause de l'élévation thermique n'est imputable ni à des microbes, ni à des toxiques venus du dehors. L'auteur range parmi ces fièvres d'auto-intoxication celles qui surviennent dans la goutte, la chlorose, le goître exophtalmique, le surmenage, l'urémie, l'hystérie, la leucémie, la carcinose, la fièvre de croissance, la fièvre ganglionnaire.

Des réserves sont à faire sur la signification que l'auteur accorde à la fièvre qui signale quelques-unes de ces espèces morbides: la fièvre de chlorose, par exemple, n'est peut-être pas toujours la conséquence d'une auto-intoxication. M. Clément tout récemment a pris parti pour la nature infectieuse de la chlorose et, si cette opinion ne paraît pas soutenable pour la généralité des faits, au moins s'applique-t-elle peut-être à certains d'entre eux, ceux qui affectent entre autres le type épidémique(Clément).

De même pour la carcinose: en l'absence de données certaines sur l'étiologie du cancer, on ne saurait attribuer à une auto-intoxication simple des poussées fébriles qu'actionnent peut être des éléments parasitaires encore inconnus.

La fièvre de croissance ne nous paraît pas une entité morbide nettement définie: elle comprend des degrés atténués d'ostéomyélites et une série d'infections générales: grippe, angine, qui s'accompagnent de douleurs osseuses. Qu'il existe, à côté des fièvres de croissance infectieuses, une fièvre de croissance cellulaire, la chose est possible, mais nullement démontrée. Nous en dirons autant de la fièvre ganglionnaire. La tuméfaction des ganglions cervicaux et sous-maxillaires, par laquelle la fièvre ganglionnaire se révèle sur des enfants âgés de 2 à 8 ans, cette tuméfaction existe fréquemment sur les jeunes sujets atteints de maladies infectieuses. Elle est habituelle dans

le rhumatisme articulaire aigu; nous l'avons observée dans la grippe endémique.

Aussi bien, une inflammation de la muqueuse buccopharyngée étant notée dans nombre de cas de fièvre ganglionnaire, nous nous demandons si cette nouvelle maladie a bien droit d'entrée dans le cadre nosologique et si elle ne représente pas simplement, comme le pense M. Comby, le retentissement sur le système ganglionnaire du cou d'infections diverses parties de la cavité buccale. La grippe endémique nous semble pouvoir revendiquer un bon nombre de cas décrits sous la rubrique de fièvre ganglionnaire. Quant à faire de cette maladie une fièvre par auto-intoxication, cette manière de voir nous semble très discutable, en dépit de la constipation que Stark a rencontrée sur ses petits malades et qui agirait en favorisant l'entrée de substances toxiques dans l'organisme.

A L'ÉTRANGER

ANGLETERRE

Monoplégie intermittente du bras droit associée à une bronchite aiguë.

Il est rare de rencontrer une monoplégie du bras qui dure seulement quelques heures et qui se montre périodiquement. Il sera donc intéressant de citer le cas rencontré par M. Byru et décrit par lui (*The Lancet, 25 août 1894*):

« Pendant douze mois, je fus appelé à soigner une dame âgée de soixante-quatre ans, qui avait des attaques périodiques de bronchite aiguë. En réalité, cela devait s'appeler une forme aiguë de bronchite chronique. Le fort de l'attaque était précédé par les phénomènes que voici : figure congestionnée, respiration difficile, température de 41°, céphalalgie frontale intense bien marquée dans la région de l'orbite gauche et s'étendant de là dans tout le côté gauche de la tête; l'œil gauche y voit difficilement; la conjonctive est injectée.

» Le bras droit de la malade est impuissant, et présente des plaques d'anesthésie. Tout cela dure environ trois heures. La toux est fréquente et fatigante.

» Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas, ce sont : d'abord la céphalalgie frontale intense et qui s'étend dans tout le côté gauche de la tête, puis la monoplégie du bras droit. Cette monoplégie pourrait bien être due, selon moi, à une congestion de la partie la plus élevée de la troisième circonvolution frontale ascendante qui, d'après la localisation que l'on a faite des fonctions, commanderait les mouvements du bras. D'autre part, cette congestion serait le résultat de l'effort fait par la malade en toussant. Les symptômes ci-dessus décrits disparaissaient toujours sous l'influence du traitement habituel de la bronchite combiné avec le bromure de potassium. »

Deux cas d'empyème fétide avec gangrène des muscles entourant la plaie.

Voici deux cas d'empyème d'une forme très rare; ni l'un ni l'autre ne présentaient de communication de l'extérieur avec le poumon.

Premier cas. — Un homme de 25 ans, malade depuis une quinzaine de jours, entre à l'hôpital le 13 mai dernier. Il a du délire, tantôt de l'agitation, tantôt du demi-coma; urines albumineuses, température oscillant entre 40 et 41°; langue couverte de croûtes noires et épaisses, enfin signes d'épanchement liquide dans la cavité pleurale gauche.

Le lendemain de son entrée, on fait la thoracentèse et l'on retire du liquide clair pur ulent, très fétide. Le 15, on retire plus d'un demi-litre d'un liquide semblable au premier et noirâtre. Un drain est introduit dans la cavité. Le 16, le malade délire encore, alternativement agité ou somnolent, sa température est plus élevée que les jours précédents.

Il a la langue sèche et noire, les muscles entourant l'incision sont noirs et putréfiés. Le 17, le malade a perdu connaissance, on lave fréquemment la cavité pleurale. Le 18, le malade avait la diarrhée et, au-dessous de la plaie, il s'était ouvert un abcès qui renfermait le même pus noirâtre et fétide de la plèvre. Un autre abcès, parut plus bas encore, fut aussitôt incisé; il n'en sortit pas de pus. Le 19, la cavité pleurale était sèche et sans odeur et la température normale.

Le malade n'allait cependant pas mieux. Il y avait, en effet, sous le trapèze, une grande cavité gangrenée. Deux jours plus tard, la température s'élevait de nouveau, le pouls tombait, la respiration s'affaiblissait, et le 23, le malade était mort. La cavité pleurale restait parfaitement propre et sans liquide.

A l'autopsie, on trouva une aorte athéromateuse, des valvules sigmoïdes insuffisantes et les reins congestionnés. Le poumon droit était congestionné légèrement; le poumon gauche présentait de fortes adhérences qui l'avaient réduit au tiers de son volume normal et privé complètement d'air. La cavité pleurale gauche, sans liquide aucun, n'exhalait pas d'odeur. Une petite collection, entre les muscles, ne s'était pas encore vidée.

Second cas. — Une femme, âgée de vingt ans, entre à l'hôpital le 14 juillet. Il y a six semaines, dit-elle, elle « prit froid » et c'est de cette époque que date sa maladie. Quand on la reçut dans la salle des malades, elle avait une toux inquiétante, des crachats muco-purulents, la température variait de 40 à 41°; enfin, elle présentait des signes certains d'un épanchement pleural. Le 19, on faisait une ponction exploratrice et l'on retirait de la plèvre un liquide sanguinolent. Le 24, on faisait la thoracentèse, mais sans retirer de liquide. Les jours suivants la température montait de plus en plus, la malade avait de la diarrhée et était couverte de sueurs. On ouvrit la cavité pleurale et on en retira un liquide noirâtre et très fétide. Durant les jours suivants, on fit de fréquents lavages, le poumon sembla reprendre son expansion. La diarrhée continua cependant, le délire aussi. Le 2 août, on incisa un abcès situé en-dessous de la plaie, mais le pus n'y pénétra point. Quelques jours après la malade semblait mieux.

Le 7 août, son état était pire; il y avait à la base du poumon, du côté opposé, des signes de pneumonie; diarrhée et délire allaient croissant; la malade ne voulait pas prendre d'aliments. Le 12 août, on incisait un abcès rempli de liquide très fétide et situé à l'angle de l'omoplate. Le 14, nouvelle incision d'un abcès de même nature, situé en-dessous du précédent et s'ouvrant dans la cavité pleurale.

Aujourd'hui, l'état de la malade commence à s'amender. Le salol fut le seul médicament qui sembla arrêter sa diarrhée. Le bismuth et l'opium n'eurent aucune action.

Que conclure de ces deux faits? Il semble qu'il faille noter les points suivants :

1° Dans aucun cas, il n'y eut de communication évidente avec le poumon; pas davantage de crachats fétides; pas de lambeaux de tissu pulmonaire dans le pus, pas d'air dans la cavité pleurale;

2° Le pus était le même dans les deux cas et d'un caractère anormal : clair, noirâtre, fétide et gangréneux;

3° La fièvre continue, le délire, la diarrhée, la prostration

étaient dus à l'absorption d'abcès secondaires, et à cela seulement ; car, dans les deux cas la cavité, de l'empyème fut immédiatement drainée et fréquemment lavée.

RUSSIE

Trois cas de lésion traumatique du foie.

Voici trois cas de lésion traumatique du foie dont M. Tzeidler rapporte les observations dans le *Journal de Chirurgie de Saint-Pétersbourg* :

1° Un homme ivre reçut un coup de couteau dans le ventre. Une demi-heure après, on trouva à l'examen une plaie oblique au niveau de l'épigastre, en dehors de la ligne médiane et un peu au-dessous des fausses côtes ; une partie d'épiploon sortait par cette plaie. L'état général était bon. Ligature et résection de la partie herniée de l'épiploon. Une quantité considérable de caillots sanguins est enlevée de la cavité abdominale. On trouve alors à la face supérieure du foie, à un travers de doigt du bord du lobe gauche, une plaie linéaire peu profonde, de 3 centimètres de long et d'où suintait le sang. Cautérisation de la plaie hépatique et tamponnement. Suture de la paroi abdominale. Guérison.

2° Un garçon de 16 ans est tombé et une roue de camion lui a passé en travers du ventre, à la hauteur de l'ombilic. Amené à l'hôpital 3 heures après l'accident, le malade ne présentait aucun signe extérieur de traumatisme et n'a pas perdu connaissance ; le pouls était à 96, la face pâle. Douleur violente dans le ventre surtout à sa partie inférieure. L'épaule droite est également très douloureuse, quoiqu'il n'y eût pas de traumatisme. Une heure après, la douleur étant devenue plus intense, les traits pâles et tirés et le hoquet s'étant montré, on fit une laparotomie exploratrice. On trouva une quantité énorme de sang liquide et en caillots dans la cavité péritonéale et le petit bassin. Les intestins étaient intacts. Le sang venait d'une plaie de la face inférieure du lobe droit du foie, à deux travers de doigt du bord antérieur ; cette plaie avait 4 centimètres de long et un demi-centimètre de profondeur. On introduisit dans la plaie un tampon de gaze stérilisée en faisant ressortir l'extrémité de la gaze par l'angle supérieur de la plaie abdominale et on sutura le reste de cette dernière. Le cinquième jour, la gaze fut enlevée et le reste de la plaie abdominale suturé. Le malade guérit complètement au bout de 15 jours. Réunion par première intention.

3° Un garçon de 13 ans s'est fait avec un couteau une blessure au niveau de l'hypocondre droit. Il s'ensuivit une hémorrhagie abondante. Le malade étant amené une heure après l'accident à l'hôpital, on constata qu'il y avait au niveau du bord tranchant du lobe droit du foie une plaie d'un centimètre de profondeur occcupant toute l'épaisseur du bord. Cette plaie était la source d'une hémorrhagie abondante qu'on arrêta par la cautérisation au thermocautère. Suture étagée de la plaie abdominale. Guérison au bout de 8 jours.

On ne trouve dans ces trois cas aucun symptôme bien caractéristique ; dans un seul, il y a la douleur pathognomonique de l'épaule.

Mais quel sera, en définitive, le traitement de l'hémorrhagie hépatique ? La plaie est-elle profonde, il sera préférable de faire la ligature du tissu hépatique et, à cause de l'extrême friabilité de celui-ci, il vaudra mieux se borner à tamponner la plaie. Ce moyen sera suffisant la plupart du temps, étant donné la faible pression du courant sanguin dans les vaisseaux hépatiques.

ALLEMAGNE

Tuberculose anale.

Voici une observation intéressante de tuberculose de l'anus, décrite par M. Kramer et qui diffère en certains points des formes déjà décrites.

Il s'agit d'un homme de trente-neuf ans, dont les parents sont morts de phtisie. Cet homme a commencé à tousser dans l'été de 1887. Plus tard, il a éprouvé des douleurs à la défécation, accompagnées de légères pertes de sang. Il y avait alors à l'anus une ulcération qui résista au traitement que l'on infligea au malade.

Ce malade se présente à M. Kramer le 21 mars 1888, avec des symptômes de phtisie. On constate au côté droit de la région anale une tumeur de la grosseur d'une petite pomme, constituée par une masse de granulations fongueuses, molles à la surface, plus fermes dans les couches profondes. Cette tumeur faisait saillie hors de l'anus et s'étendait à l'intérieur sur une hauteur de 3 à 4 centimètres, à la loupe on reconnaissait la présence de petits points jaunes grisâtres dans les granulations. Les bords étaient assez fermes, sont décollés, et les tissus voisins indurés. Le 24 mars, on fit l'incision de la tumeur, en taillant dans les tissus sains. Il y eut guérison du malade trois semaines plus tard. Pas de récidive à l'anus, mais le malade mourut de phtisie un an après. L'examen microscopique démontra la nature tuberculeuse de l'affection.

Le développement considérable des granulations donne donc ici une forme particulière à l'ulcération dont le diagnostic était d'ailleurs facilité par la phtisie concomittante du sujet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Anus contre nature. — Entérorrhaphie.

Voici une observation d'anus contre nature dont l'intérêt règne dans la série des opérations successives subies par la malade et qui montre comment le chirurgien peut impunément ouvrir la cavité abdominale et sortir son malade de situations le plus souvent inespérées.

Une malade entre à l'hôpital de la Croix-Rousse avec une hernie étranglée, le 14 mars 1894, dans le service de M. Vallas. La kélotomie est pratiquée sur le champ. L'intestin, en rentrant dans la cavité abdominale, ne donne pas la sensation de réduction complète. Les phénomènes d'étranglement persistent encore trente-six heures après.

M. Vallas pensa alors à une réduction en masse et fit une laparotomie iliaque. L'anse intestinale herniée, rouge et distendue, était très reconnaissable. En voulant l'attirer au dehors, un craquement se produisit en même temps que la réduction. Il fixa l'intestin congestionné douteux par un fil. Les jours suivants, il se produisit des selles par l'anus. Trois jours après, il se forma un anus contre nature.

Ne sachant ce qu'il allait advenir, M. Vallas voulut attendre quelque temps avant de pratiquer l'entérorrhaphie circulaire. La malade sortit au bout de cinq semaines, parce qu'elle voulait être opérée immédiatement. Elle entra alors à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 2 mai 1894, salle Saint-Pierre, n° 24 ; les aliments sortaient à peu près en totalité par l'anus contre nature, étant à peine digérés.

C'est alors que M. Gangolphe pratiqua l'entérorrhaphie avec résection des deux bouts. L'opération fut des plus laborieuses à cause des adhérences des anses entre elles et sur la partie abdominale antérieure. M. Gangolphe procéda en ouvrant le péritoine

à distance, en le cernant pour ainsi dire. On sait ainsi exactement ce que l'on fait et l'opération est de beaucoup simplifiée.

Le premier pansement fut fait le 7 juin; treize jours après, la malade quitta le service.

Psoïtis et appendicite.

M. GANGOLPHE. — L'appendicite est une cause assez fréquente de suppuration du psoas.

Tantôt le tableau clinique est assez net pour que l'on puisse considérer la psoïte comme consécutive à une appendicite, tantôt la psoïte seule attire l'attention. Ce n'est que par l'apparition de matières intestinales: mucosité, bile, matières fécales, que l'on reconnaît plus tard l'origine de la psoïte.

Cette psoïte d'origine appendiculaire peut offrir diverses variétés. L'abcès musculaire reste quelquefois limité à la région adjacente au cæcum, à la partie intra-abdominale du psoas.

C'est ce qui existait chez le malade que je présente.

Mais il peut aussi s'accompagner d'une suppuration complète, d'une fonte totale du psoas. Au lieu de se contenter de l'incision classique de l'appendicite, il faut alors recourir aux incisions de la psoïte. Je rappelle que, en dehors de la trépanation du bassin, j'ai préconisé l'incision crurale postérieure au niveau du petit trochanter. Grâce aux incisions faites au-dessus de la crête iliaque, en arrière, aux incisions abdominales, crurales antérieure et postérieure, on draine complètement la loge du psoas.

Le trajet des drains placés pour combattre la psoïte appendiculaire reste quelquefois longtemps fistuleux, par suite du passage de liquides intestinaux.

Il faut savoir attendre; chez le malade présenté, le trajet fistuleux avait une profondeur de 15 à 18 centimètres. Il se trouvait situé entre les vestiges du psoas et les vaisseaux iliaques qui passaient en avant.

Je fis une dilatation sage et prudente au bout de 4 mois, et je maintins énergiquement le drainage. Dans un autre cas, j'obtins le même succès de la même façon. Il est évident que si l'on ne réussissait pas ainsi, il faudrait ouvrir le péritoine et aller à la recherche de l'intestin perforé. Cette intervention serait certainement délicate et périlleuse, aussi ne doit-on y recourir qu'en désespoir de cause.

BULLETIN DE LA SEMAINE

LE CAS DU Dr LAFITTE

On sait que le docteur Lafitte vient d'être condamné par la Cour d'assises de Versailles à trois années d'emprisonnement, pour participation à un avortement. On sait, d'autre part, quelle est l'invraisemblance scientifique du cas de l'inculpé.

Cette invraisemblance ressort naturellement des débats de l'affaire. Elle est confirmée par le rapport de l'un des experts commis par le parquet de Versailles : le docteur Vibert, de Paris.

Nous reproduisons ci-dessous ce rapport qui intéresse le corps médical au plus haut point. Le cas du docteur Lafitte est un exemple de responsabilité médicale, mal comprise ou bien mal jugée par le jury. Il importe que la vérité soit dite et connue de tout le monde. Nous espérons que le procès du docteur Lafitte sera revisé et sa condamnation abolie. Ce sera la seule conclusion raisonnable d'une affaire, où l'erreur provient uniquement de débats incomplets et d'une instruction très imparfaite.

RAPPORT DU Dr VIBERT

Je soussigné Ch. Vibert, docteur en médecine, commis par ordonnance de M. Fraigneau, juge d'instruction au tribunal de Mantes, en date du 6 février 1894, ainsi conçue :

« Vu la procédure commencée contre :

» 1° Chevalier (Maria), vingt-cinq ans, domestique;

» 2° Et autres, inculpés d'avortement et complicité

» Commettons M. le Dr Vibert, médecin-légiste à Paris, à l'effet » de :

» 1° Examiner la fille Chevalier, recevoir ses explications et » entendre également celles du Dr Lafitte ;

» De dire dans son rapport :

» a) Si la fille Chevalier porte notamment au col de l'utérus » des traces de violences, indiquer les causes probables de ces » violences qui pourraient peut-être résulter de l'introduction » dans le col de l'utérus de tampons ou éponges comprimées et » séchées ;

» b) Si le traitement que le Dr Lafitte doit avoir ordonné pouvait » procurer l'avortement, si les injections avec la poire en caoutchouc et l'application de tampons, même en ouate, n'étaient pas » une médication très imprudente ;

» c) Si, étant donné les explications techniques fournies par la » fille Chevalier, il y a lieu de penser que l'avortement a été procuré par le docteur ;

» d) Le cas échéant, expliquer, en tenant compte des explications de la fille Chevalier, comment la fausse couche a pu se » produire ;

» e) Enfin, comment il peut se faire qu'une fille de la campagne » donne une description très exacte du tampon d'éponge comprimée et d'une sonde à double entonnoir.

» M. le Dr Vibert voudra bien donner, en outre, tous les renseignements et conclusions qu'il croira utiles à la manifestation de » la vérité. »

Serment préalablement prêté, ai procédé à l'accomplissement de la mission qui m'était confiée.

I. *Examen de la fille Chevalier.* — Cet examen a été pratiqué à l'hôpital de Mantes, le 7 février, avec le concours de MM. les Drs Bonneau et Dupont. Il a donné les résultats suivants :

Le ventre est peu volumineux, il ne présente pas de vergetures; la ligne blanche de l'abdomen n'est pas pigmentée. On ne sent pas le fond de l'utérus au dessus du pubis. La vulve ne porte pas de marques de violences.

Après avoir introduit le spéculum, on constate que les parois du vagin ne portent pas de traces de blessures, que le col de l'utérus a la forme d'une fente de un centimètre et demi à deux centimètres de longueur, légèrement entr'ouverte, sans déchirures. Un peu de liquide incolore s'échappe de cet orifice, assez abondamment pour réapparaître presque aussitôt après qu'on l'a essuyé. Tout autour de cet orifice, et sur une zône d'environ un centimètre de longueur, la muqueuse du col est rouge, parsemée de petites fongosités et de minimes ulcérations. On n'aperçoit pas de lésions qu'on puisse attribuer sûrement à l'action d'un instrument vulnérant.

Les seins sont peu volumineux; de l'un deux on peut faire sortir une goutte de lait, d'un blanc opaque.

Voici maintenant les déclarations principales de la fille Chevalier, qu'elle nous a faites spontanément ou en réponse à nos questions :

Sa grossesse remonterait au plus tôt au 10 septembre, date du premier coït; elle est allée pour la première fois chez M. le Dr Lafitte, le 27 décembre. Elle y est retournée tous les huit jours environ, elle lui a fait en tout cinq visites, la dernière le 23 janvier. Pendant les trois premières visites, le docteur lui a seulement introduit un spéculum et lui a nettoyé les parties, en y injectant un liquide avec une poire en caoutchouc, et en y introduisant un tampon d'ouate mouillée qu'il laissait à l'intérieur. Il lui aurait donné une bouteille qui contenait un liquide qui devait être bu par cuillerées ; à la troisième visite, il aurait joint à ces médicaments une « grosse poignée de safran » destinée à être prise en plusieurs jours. Cette drogue n'aurait d'ailleurs produit aucun effet.

A la quatrième visite, les choses se seraient passées différemment. M. le Dr Lafitte, après avoir introduit le spéculum et lavé les parties, aurait pris une sonde en gomme, à double embou-

chure, que l'inculpée décrit avec précision, et dont elle a montré le modèle parmi les instruments qui se trouvent à l'hôpital. Le spéculum restant en place, la sonde aurait été introduite jusque dans la matrice, à ce que suppose l'inculpée. Si l'introduction du spéculum était chaque fois fort douloureuse, l'introduction de la sonde n'a pas occasionné de sensation pénible. La fille Chevalier nous a dit qu'elle était certaine que le médecin n'avait pas injecté un liquide quelconque à travers cette sonde ; il se serait borné à la remuer en divers sens pendant qu'elle était dans les parties. Cette manœuvre aurait occasionné une hémorrhagie fort abondante, un torchon plié en quatre aurait été traversé, et le sang aurait coulé non pas goutte à goutte, mais en jet dans une cuvette. Après avoir retiré la sonde, le médecin aurait placé et laissé dans les parties un tampon fortement serré par plusieurs tours de ficelle en forme de cylindre gros comme un crayon et long de trois à quatre centimètres. Ce tampon avait une couleur jaune-brun. L'hémorrhagie (avant ou après l'introduction de ce tampon) s'est arrêtée si complètement que la fille Chevalier a pu en sortant de chez le médecin, marcher pendant deux heures sans que sa chemise fût tachée d'une goutte de sang. Pendant la fin de cette journée, et jusqu'à la visite suivante, la fille Chevalier n'a éprouvé aucune douleur.

A la cinquième visite, les mêmes manœuvres ont été pratiquées. L'introduction de la sonde a encore été suivie d'une hémorrhagie moins abondante que précédemment et arrêtée tout aussi vite. Un autre tampon a été placé, semblable à celui qui vient d'être décrit ; mais il était plus petit, c'est-à-dire d'un moindre diamètre. La fille Chevalier, qui nous a donné spontanément ce détail, l'a confirmé formellement à plusieurs reprises.

Ces manœuvres avaient été pratiquées le 23 janvier. La fille Chevalier n'a absolument rien éprouvé d'anormal et n'a nullement souffert jusqu'au 29 janvier. Le matin de ce jour, elle s'est réveillée avec un mal de tête qui l'a obligée à rester couchée. L'après-midi, elle a été prise de coliques et de maux de reins, puis elle a perdu de l'eau par les parties génitales, et enfin a expulsé le fœtus, qu'elle a examiné, et qui était un peu plus grand que la main. Sur le cordon ombilical elle a trouvé le tampon qui avait été introduit par le médecin. Ce tampon adhérait si fortement que la fille Chevalier n'a pu l'en séparer qu'en se servant de ciseaux. Elle l'avait mis de côté pour le conserver ; mais, quelque temps après, elle a pris le parti de le brûler. Il n'était pas plus gros qu'au moment de l'introduction.

II. *Explications de M. le Dr Lafitte.* — M. le Dr Lafitte reconnaît avoir reçu la visite de la fille Chevalier aux dates indiquées. La première fois, cette fille lui ayant dit que ses règles ne venaient plus, il a cherché si elle était enceinte et n'a pas trouvé de signes certains de grossesse. Ces signes ne peuvent être constatés, en effet, qu'à une période assez avancée. Il était tout naturel que M. le Dr Lafitte les cherchât ; mais il savait fort bien, ainsi qu'il le reconnaît d'ailleurs, que leur absence ne prouvait nullement que la fille Chevalier ne fût pas enceinte.

Au cours de son examen, M. le Dr Lafitte avait reconnu que la fille Chevalier était atteinte de vaginite et de métrite granuleuse du col. Il a immédiatement institué un traitement propre à combattre cette affection, à savoir : légère cautérisation du col avec le crayon de nitrate d'argent, injection d'eau boriquée, application sur le col d'un tampon imbibé d'eau boriquée. Il a renouvelé ce pansement à chaque visite et il a prescrit des injections de tannin, des pilules d'arséniate de fer et du quinquina.

M. le Dr Lafitte déclare qu'il n'a pas fait d'autres prescriptions, qu'il n'a jamais introduit ni sonde ni tampon dans la cavité de la matrice et que sur tous ces points le récit de l'inculpée est entièrement faux.

III. *Réponses aux questions posées par M. le juge d'instruction.* — A. Au moment où nous avons examiné la fille Chevalier, le col de l'utérus ne présentait pas de lésions qu'on pût attribuer sûrement à des violences. Il n'y avait ni piqûres, ni contusions, ni déchirures. L'orifice du col était bordé par une zone assez régulière rouge, granuleuse, légèrement exulcérée. Cet aspect est bien plutôt celui d'une inflammation chronique, développée spontanément, que celui de lésions succédant à un traumatisme.

L'introduction dans l'orifice du col d'un tampon en éponge comprimée pourrait à la rigueur occasionner une inflammation du canal cervical, mais on ne comprend guère comment elle pourrait produire une inflammation localisée au pourtour de l'orifice, région qui n'était pas touchée par le tampon.

B. M. le Dr Lafitte dit avoir constaté chez la fille Chevalier une vaginite et des granulations du col de l'utérus. Il est probable, d'après les constatations que nous avons faites nous-même sur l'inculpée, que ce diagnostic était exact, au moins en ce qui concerne les granulations du col. Le traitement prescrit était en conformité avec le diagnostic et parfaitement exact.

Même en tenant compte de ce fait que M. le Dr Lafitte était persuadé, ainsi qu'il le reconnaît, que la fille Chevalier était enceinte, le traitement institué ne peut être considéré, à notre avis, comme « très-imprudent ». Ni le lavage du vagin à l'eau boriquée ou au tannin, ni l'application d'un tampon d'ouate à la surface du col, ni même une cautérisation légère des granulations avec du nitrate d'argent ne sont des manœuvres capables de provoquer l'avortement, à moins qu'il ne s'agisse d'une femme d'une telle impressionnabilité que la plus légère excitation du col interrompe le cours de la grossesse.

Il est vrai que certains médecins se refuseraient peut-être à pratiquer sur une femme enceinte le traitement que M. le Dr Lafitte dit avoir choisi. Mais cette abstention serait inspirée, croyons-nous, bien plus par la crainte de prêter à des soupçons et à des commentaires malveillants que par la conviction que de telles manœuvres sont réellement dangereuses.

C. Avant de répondre à cette question, il est nécessaire d'indiquer par quels procédés l'avortement est ordinairement provoqué.

Les procédés les plus efficaces et les plus usuels sont au nombre de trois : la ponction de l'œuf, le décollement de l'œuf, la dilatation du col.

Pour pratiquer la ponction de l'œuf on se sert de n'importe quel objet ayant la forme d'une tige assez déliée pour traverser le canal du col de la matrice et assez résistante pour déchirer les membranes de l'œuf.

Pour décoller l'œuf, on introduit encore un instrument jusqu'au fond de la cavité utérine, en passant par le canal du col ; l'instrument doit être souple pour ne pas déchirer les membranes de l'œuf, tout en les détachant de la paroi utérine sur une certaine étendue. On se sert généralement d'une sonde en gomme. On peut aussi opérer le décollement en poussant un liquide quelconque injecté à travers une sonde introduite dans le canal du col.

Pour dilater le canal du col, on y place une tige d'une substance susceptible de se gonfler lentement en absorbant les liquides que secrètent les organes génitaux. On se servait autrefois pour cela d'éponge comprimée ; aujourd'hui on n'emploie plus guère l'éponge, mais des fragments de tiges de laminaria.

Nous ferons remarquer immédiatement qu'un médecin décidé à pratiquer un avortement criminel aurait tout intérêt à choisir l'un des deux premiers procédés plutôt que le troisième.

La ponction ou le décollement de l'œuf sont d'une efficacité bien plus certaine et plus rapide, d'une exécution plus facile et ne réclamant aucun outillage compromettant. Au contraire, la dilatation du col agit lentement, peut manquer son but, nécessite ordinairement l'introduction de plusieurs tampons, oblige par conséquent à plusieurs opérations, occasionne habituellement des douleurs prolongées, enfin les tampons laissés en la possession de la femme fournissent la preuve des manœuvres abortives.

Quoi qu'il en soit, quand on entend la fille Chevalier parler de ces tampons (d'éponge comprimée, semble-t-il), et décrire assez exactement la façon dont ils ont été introduits, il semble au premier abord que ce récit n'a pu être inventé et que l'avortement a

été obtenu par ce procédé. Mais quand on étudie de plus près les déclarations spontanées ou les réponses de la fille Chevalier, déclarations et réponses qui sont faites avec beaucoup de précision et renouvelées formellement à plusieurs reprises, on constate que le récit de l'inculpée présente de telles invraisemblances, que sa sincérité devient fort douteuse. Nous allons signaler les principales de ces invraisemblances.

Le dilatation du col par l'éponge préparée, la laminaria, etc., est habituellement douloureuse pendant tout le temps qu'elle se produit, c'est-à-dire plusieurs jours; les douleurs sont même parfois intolérables. Or, la fille Chevalier n'a « absolument rien senti » tout le temps qu'elle a gardé les deux tampons qui lui ont été successivement appliqués. Ce n'est pas que cette fille soit naturellement insensible à la souffrance puisqu'elle a « pleuré de douleur » chaque fois qu'on lui a introduit le spéculum.

La fille Chevalier a dit spontanément et nous a ensuite répété à plusieurs reprises que le tampon qui lui a été mis la seconde fois était plus petit, plus mince que le premier. C'est exactement le contraire qui aurait dû se passer. Un premier tampon, une fois qu'il a atteint la limite du gonflement que peut lui donner l'humidité, laisse le col dilaté, mais dilaté souvent d'une façon insuffisante. Il faut alors introduire dans la cavité déjà élargie du col un second tampon, *beaucoup plus gros* que le premier, qui, en se gonflant lui-même, augmentera encore la dilation du col. Si l'on admet que, dans le cas actuel, le premier tampon avait complètement manqué son effet, ne s'était pas gonflé, M. le Dr Lafitte aurait pu en remettre un autre semblable, mais il n'avait aucune raison d'en choisir un plus petit, étant donné surtout que la fille n'avait éprouvé aucune douleur.

Si la fille Chevalier déclare encore que le dernier tampon est resté collé sur le cordon ombilical du fœtus, qu'elle l'a recueilli et gardé un certain temps, il était, dit-elle, à peu près aussi gros qu'au moment où le médecin l'avait mis (six jours auparavant). Ceci est inadmissible. Au moment de l'accouchement le tampon devait être tombé depuis longtemps, on ne comprend pas comment il avait pu se trouver collé sur le cordon ombilical ; en tous cas, six jours après son introduction il aurait dû être considérablement gonflé, autrement sa présence aurait été inefficace. Il est certain que sur ce point la déclaration de l'inculpée est inexacte.

D'un autre côté la fille Chevalier dit qu'on lui a introduit dans les parties génitales une sonde qui, d'après la description qu'elle donne, aurait été une sonde destinée spécialement à faire des injections à l'intérieur de l'utérus (ou de la vessie). Là encore cette déclaration fort grave au premier abord devient peu vraisemblable quand on l'analyse d'après les explications de l'inculpée.

Tout d'abord on ne comprend pas pourquoi M. le Dr Lafitte aurait, dans les deux dernières séances, employé coup sur coup la sonde et le tampon. L'un ou l'autre de ces deux procédés aurait dû lui suffire; il était inutile et compromettant pour lui de les combiner. En introduisant la sonde et en produisant ainsi une hémorrhagie très abondante, il devait naturellement penser que cette manœuvre amènerait le résultat désiré, et il n'était nul besoin de placer encore un tampon à l'intérieur du col. En outre, M. le Dr Lafitte, qui n'a pas fait d'injections à travers cette sonde, n'avait aucune raison de choisir cet instrument pour pratiquer des manœuvres abortives; il n'est pas plus commode qu'un autre instrument, il ne se trouve pas dans une trousse ou parmi les modèles d'un usage courant, car il est fort rarement employé; enfin, il est d'une forme assez singulière pour retenir l'attention de l'opérée.

Si nous supposons un instant que M. Lafitte a fait tout cela, qu'il a été un avorteur malhabile et imprudent, il reste encore d'autres points suspects dans le récit de l'inculpée. Il est fort improbable que l'hémorrhagie si abondante provoquée par l'introduction de la sonde ait été arrêtée aussi vite et aussi complètement que le dit l'inculpée; très improbable aussi qu'à la suite de ces deux opérations, la fille Chevalier n'ait éprouvé aucune douleur; très improbable encore que, la sonde ayant été introduite les 17 et 23 janvier, l'avortement ne soit survenu que le 29 janvier.

En ce qui concerne l'ingestion de médicaments ou de drogues, il nous paraît que, si ces substances ont été administrées, ce ne sont pas elles qui ont occasionné l'avortement. En effet, dans l'immense majorité des cas, les substances dites abortives ne peuvent interrompre une grossesse de plusieurs mois sans occasionner des troubles graves de la santé et la femme Chevalier assure même s'être très bien portée jusqu'au matin du 29 janvier.

En résumé, la fille Chevalier décrit aussi exactement qu'on peut l'attendre d'une femme de sa condition des manœuvres qui sont bien celles que doivent employer un avorteur ou une avorteuse. Mais la conduite qu'elle attribue au Dr Lafitte est, au point de vue purement technique, absurde et inutilement compromettante. En outre, la plupart des explications que cette fille donne avec beaucoup de précision et d'assurance sur le détail des manœuvres sont invraisemblables ou inadmissibles.

Si l'instruction établissait que M. le Dr Lafitte est réellement coupable, il n'en resterait pas moins vrai que les déclarations de la fille Chevalier sont inexactes sur un grand nombre de points.

D. — Après ce qui précède il n'y a pas lieu de répondre à cette question.

E. — Il semble impossible que la fille Chevalier ait inventé de son propre chef la description de l'éponge comprimée et de la sonde. Il faut admettre ou bien qu'elle a réellement vu ces objets chez M. le Dr Lafitte ou ailleurs, ou bien que quelqu'un les lui a dépeints.

Signé : CH. VIBERT.

Paris, le 14 février 1894.

(*Journal des Praticiens.*)

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Mouvement dans les Facultés.

Faculté de médecine de Paris. — Sont maintenus pour un an, à dater du 1er novembre 1894, dans les fonctions de chefs de clinique: MM. Belin, médicale ; Demoulin, Brodier, Thiéry et Villemin, chirurgicale ; Wallich et Damelin, obstétricale ; Rochon Duvigneaud, ophtalmologie ; Wickham, maladies cutanées et syphilitiques ; Souques, maladies du système nerveux ; Legueu, maladies des voies urinaires.

Sont institués pour un an, à partir du 1er novembre 1894, chefs de clinique à la Faculté de médecine de Paris les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Marquezy, en remplacement de M. Lyon, dont les fonctions sont expirées, médicale ; Teissier, en remplacement de M. Vacquez, dont les fonctions sont expirées, médicale ; Parmentier, en remplacement de M. Lion, dont les fonctions sont expirées, médicale ; Boulloche, en remplacement de M. Aviragnet, dont les fonctions sont expirées, maladies des enfants ; Toulouse, en remplacement de M. Pactet, dont les fonctions sont expirées, maladies mentales ; Roubinowitch, maladies mentales (emploi nouveau).

Sont nommés pour un an, à dater du 1er novembre 1894, chefs adjoints de clinique à la Faculté de médecine de Paris les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Auscher, Lesage et Martin-Dürr, médicale ; Renault, maladies des enfants.

Sont maintenus, pendant l'année scolaire 1894-1895, comme chargés de cours près les Facultés ci-après désignées :

Faculté de médecine de Bordeaux. — MM. Moussous, agr., clin. int. des maladies des enfants ; Denucé, agr., path. ext. ; Moure, maladies du larynx, des oreilles et du nez ; Boursier, agr., clin. des maladies des femmes ; Pousson, agr., clin. des voies urinaires ; Dubreuilh, agr., clin. des maladies syph. et cutanées ; Denigès, agr., chimie ; Rivière, agr., accouchements ; Régis, maladies mentales.

Faculté de médecine de Lille. — MM. Carlier, agr., méd. opér.; Phocas, agr., clin. chir. des maladies des enfants; Castelain, clin. des maladies des enfants et syphilis infantile; Laguesse, agr., hist.; Curtis, agr., anat. path. et path. génér.

Faculté de médecine de Lyon. — MM. Beauvisage, agr., botanique; Pollosson, agr., accouchements.

Faculté de médecine de Montpellier. — MM. Sarda, agr., clin. des maladies des vieillards; Baumel, agr., clin. des maladies des enfants; Brousse, agr., clin. des maladies cutanées et syphil.; Gerbaud, agr., accouchements; Ducamp, agr., histol.; Estor, agr., path. chir.

Faculté de médecine de Nancy. — MM. Remy, agr. accouchements; Parisot, agr., clin. des maladies des vieillards; Vautrin, agr., clin. des maladies cutanées et syphil.; Rhomer, agr., clin. ophtal.; Haushalter, agr., clin. des maladies des enfants.

M. Geoffroy est institué pour trois ans, à dater du 1er août 1894, chef de clin. obst., en remplacement de M. Vallois.

Cliniques annexes à la Faculté de médecine

La loi de finances du 26 juillet 1893 avait alloué au ministère de l'instruction publique pour les dépenses du budget général de l'exercice 1894 les crédits nécessaires pour l'organisation et le fonctionnement de cliniques annexes à la Faculté de médecine de Paris, qu'un décret du 20 novembre 1893 est venu ultérieurement réglementer.

Les fonds étant votés et le règlement publié, il y avait tout lieu d'espérer que les nouveaux services de clinique fonctionneraient à partir de l'exercice courant; il y avait urgence, dans l'intérêt des nombreux élèves qui fréquentent l'Ecole de Paris. Or, nous ne savons pour quelle raison la chose n'a pas été faite. La faute incombe-t-elle au directeur de l'Assistance publique, qui n'aurait pas convoqué la commission prévue au décret du 20 novembre dernier? Faut-il, au contraire, la faire retomber en partie sur la direction de l'enseignement supérieur, qui aurait eu peut-être des raisons pour ne pas trop presser l'Assistance publique de remplir ses devoirs? Ce n'est pas à nous de le dire; nous nous bornons à constater le fait, qui a une certaine importance, puisque la somme votée va servir à faire face à des dépenses de personnel n'appartenant pas à la Faculté de médecine de Paris.

On sait qu'à partir du 1er novembre prochain un enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles, obligatoire pour les candidats au doctorat en médecine, sera organisé dans les Facultés des sciences. La dépense annuelle en résultant s'élèvera à 400,000 fr., dont 300,000 fr. pour le personnel.

Mais le budget de 1894 ne prévoit pas cette dépense, qui, pour les deux douzièmes (novembre et décembre) correspond, en ce qui concerne le personnel, à 50,000 fr. Dans ces conditions, comme les cliniques annexes de la Faculté de médecine de Paris n'ont pu être organisées dès le début de l'exercice, on prendra sur les fonds votés à cet effet par le Parlement la somme nécessaire pour payer le personnel du nouvel enseignement des sciences pendant les deux derniers mois de cette année.

Voilà à quoi l'on s'expose quand les crédits alloués ne sont pas employés. Voilà aussi comment l'enseignement clinique officiel reste encore incomplet à la Faculté de médecine de Paris, alors que le décret du 20 novembre 1893 l'avait institué de la meilleure façon possible.

Les exercices physiques à l'Exposition de 1900.

Le *Bulletin médical* fait la réflexion suivante : Au moment où la question des exercices physiques et des concours qui en sont la conséquence intéresse — et à si juste titre — le corps médical, alors que nous sommes à peu près seuls compétents pour formuler des règles générales relativement à ces exercices et à ces concours, il n'est pas sans intérêt de signaler le fait suivant :

Le ministre du commerce vient d'instituer une commission à l'effet d'étudier le programme général des concours se rattachant aux exercices physiques qui pourraient être organisés dans la région de Vincennes pendant l'Exposition universelle de 1900 à titre d'annexe à cette Exposition.

La commission qui comprend 75 membres!!! ne renferme qu'un médecin, le docteur Minart, vice-président d'honneur de l'Union vélocipédique de France.

Le pourvoi du docteur Lafitte devant la Cour de cassation.

Le pourvoi en revision de l'arrêt de la Cour d'assises de Seine-et-Oise concernant l'affaire du docteur Lafitte, dont nous parlons plus haut, est venu jeudi devant la Chambre criminelle de la Cour de cassation.

M. le conseiller Sevestre, chargé de faire le rapport sur les moyens invoqués par l'appelant, a conclu au rejet du pourvoi.

Ces moyens étaient au nombre de trois :

1° Irrégularité dans la composition des listes annuelles du jury; 2° irrégularité dans la notification de la liste des jurés au docteur Lafitte; 3° remplacement incorrect d'un juré mort pendant la session.

Après M. le conseiller Sevestre, M. l'avocat général Melcot a présenté ses conclusions. Le ministère public, s'associant à une partie de la thèse de la défense, a demandé à la Cour suprême de casser l'arrêt de la Cour d'assises de Versailles, se basant sur ce que certaines formalités prescrites par la loi *à peine de nullité* n'avaient pas été remplies par le président des assises.

La chambre criminelle de la Cour de cassation n'a pas plus admis les moyens de la défense que les conclusions du ministère public et a rejeté le pourvoi, se basant sur ce que les irrégularités invoquées n'avaient pu nuire aux droits de la défense.

Les nombreux amis du docteur Lafitte ne se sont pas laissés abattre par ce jugement. Ils vont pétitionner près du président de la République pour obtenir la grâce du condamné, dont la peine est désormais sans appel.

Congrès international d'hygiène et de démographie.

Dans sa séance de clôture, le Congrès international d'hygiène et de démographie a décidé qu'il tiendrait sa prochaine réunion à Madrid, en 1897.

La consommation de l'alcool en France.

Voici, d'après le ministère des finances, le relevé de la consommation de l'alcool dans les 47 plus grandes villes de France, c'est-à-dire les villes ayant plus de 30,000 habitants.

Voici l'ordre de classement de ces 47 villes avec la quantité d'alcool consommée par tête d'habitant :

1. Cherbourg, 18 litres 3; 2. Rouen, 16.8; 3. Le Havre, 16.2; 4. Caen, 15.8; 5. Boulogne-sur-Mer, 12; 6. Amiens, 11.6; 7. Lorient, 11; 8. Brest, 10.8; 9. Le Mans, 10.3; 10. Versailles, 9.8.

11. Saint-Quentin, 9.6; 12. Toulon, 9; 13. Dunkerque, 8.7; 14. Reims, 8.3; 15. Rennes, 8.1; 16. Marseille et Besançon, 7.3; 17. Lille et Roubaix, 7.2; 18. Paris, 7; 19. Saint-Denis, 6.9; 20. Angers, Tourcoing, Grenoble et Levallois-Perret, 6.8.

21. Clichy, 6.6; 22. Troyes, 6.5; 23. Dijon, Orléans et Calais, 6.2; 24. Cette, 5.9; 25. Nantes, 5.8; 26. Lyon, Nancy, Tours et Avignon, 5.5; 27. Clermont-Ferrand, 5.2; 28. Bordeaux, 5; 29. Limoges, 4.7; 30. Bourges, 4.6.

31. Nice, 4.4; 32. Saint-Etienne, 4.3; 33. Nîmes, 4; 34. Montpellier, 3.8; 35. Toulouse, 3.2; 36. Béziers, 1.4.

Les aliénés en Angleterre.

Le nombre des aliénés reconnus tels en Angleterre, à la date du 1er janvier 1894, s'élevait à 92,067. Ce nombre dépasse de 2,245 celui qui avait été relevé l'année précédente. La ville de Londres figure à elle seule pour 800 dans cette augmentation.

Remède efficace contre la peste bovine.

Le comte Arloff-Davidoff vient de fonder un prix de la valeur de 25,000 francs, à décerner à la personne qui découvrira un remède efficace contre la peste bovine. Les mémoires des concurrents devront être adressés au Comité institué à Saint-Pétersbourg, avant le premier janvier 1899.

Mesures sanitaires en Terre Sainte.

Le gouvernement turc a décidé de faire reconstruire les anciennes conduites qui approvisionnaient la ville sainte au temps de Salomon.

Jérusalem recevrait ainsi quotidiennement 2,500 mètres cubes d'eau, dont 1,000 seraient distribués gratuitement. Cette distribution se ferait à la mosquée d'Omar, au saint sépulcre et aux autres puits spécialement fréquentés par les pèlerins.

Nécrologie.

M. le docteur A. Froin, ancien député de Blaye. — M. le professeur von Helmholtz, de Berlin. — M. le docteur Friedrich Heinrich Bidder, ancien professeur d'anatomie et de physiologie à la Faculté de médecine de Dorpat. — M. le docteur J. Podrazky, ancien professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur P. Mazzitelli, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Messine.

Pendant un violent orage, le Dr Martin de Gimard, ancien chef de clinique de la Faculté aux Enfants malades, a été foudroyé au sommet du Pilate en compagnie d'un autre touriste.

Le Dr Bertrand, de Châlons, en villégiature à Louhans, s'est noyé en se baignant dans la Seille.

Dangers du cyclisme.

M. le docteur Petit vient de communiquer trois cas de mort subite survenue chez des cardiaques, à la suite de l'usage de la bicyclette. Il en conclut que tout candidat au cyclisme devrait auparavant se soumettre à un examen médical pour s'assurer de l'état de son cœur.

Il n'y a pas là de quoi effrayer les cyclistes, qui sont aujourd'hui légion. Les conclusions de M. le docteur Petit doivent s'appliquer à tous les exercices physiques et parmi ceux-ci le cyclisme, à ce point de vue du moins, est encore des moins dangereux.

Empoisonnement par les langoustes.

Les recherches entreprises au laboratoire municipal de Paris font supposer que les intoxications occasionnées par les langoustes sont dues à des causes diverses : 1° à ce que, souvent, les langoustes sont vendues mortes; 2° à ce que les langoustes expédiées cuites des ports peuvent contenir des ptomaïnes provenant de la nourriture qui leur est donnée dans les bassins où elles sont entreposées; 3° enfin, et c'est le cas qui paraît le plus probable, à ce que les langoustes cuites sont gardées dans la glace provenant des étangs de Paris. Ces glaces sont impures; elles renferment donc des germes de putréfaction, lesquels se développent dans la langouste qui devient ainsi un excellent champ de culture. Effectivement, la carapace des langoustes contient des phosphates et tous les éléments propres au développement des germes. — De nouveaux cas graves viennent de se produire à Paris.

Les punaises devant le Conseil d'Etat.

Voici l'opinion de ce docte corps de juristes sur ces insectes aussi répugnants que désagréables :

« Considérant qu'aux termes de l'article 1er de la loi du 13 avril 1850, sont réputés insalubres les logements qui se trouvent dans des conditions de nature à porter atteinte à la vie ou à la santé des habitants;

» Considérant que l'existence des punaises dans la maison du sieur X... ne constitue pas une cause d'insalubrité dans le sens de a disposition législative précitée; qu'ainsi le sieur X... est fondé à soutenir que c'est à tort qu'il lui a été enjoint d'exécuter, par application de la loi du 13 avril 1850, divers travaux d'assainissement dans l'immeuble dont il s'agit, la délibération du Conseil municipal susvisée est annulée. »

Un petit prodige.

On montre en public, à Berlin, un petit enfant âgé à peine de deux ans révolus qui lit assez couramment, à haute voix, l'écriture imprimée et manuscrite aussi bien en lettres allemandes qu'en lettres latines. Ce petit prodige a commencé vers la fin de sa première année à montrer un goût particulier pour la lecture, sans toutefois y être poussé par ses parents qui n'ont qu'une instruction sommaire. Il a débuté par se faire dire des légendes qui se trouvent au-dessous des images et dessins, puis les titres des livres exposés aux vitrines des libraires, les enseignes des boutiques et les noms de rues. Cela fait, il a emmagasiné dans son cerveau l'image représentative des mots à lui connus et peu après il a de lui-même, ces mêmes mots venant de nouveau à se présenter à ses yeux, lu sans épeler mais en embrassant d'un seul coup l'ensemble de chacun de ces mots. Il a ainsi appris à connaître les diverses lettres de l'alphabet qu'il a su reconnaître ensuite, lettre par lettre, dans d'autres mots à lui inconnus et qu'il a pu lire en entier, appliquant, de son propre mouvement, le système d'enseignement de la lecture généralement professée. Si on lui donne un certain nombre de mots, l'enfant les arrange pour en faire une phrase qu'il dit ensuite avec une voix et une prononciation qui ne sont pas autres que celles d'un enfant de son âge.

Chemin de fer d'Orléans.

La Compagnie d'Orléans, en vue de faciliter les voyages aux stations thermales et balnéaires des Pyrénées et du golfe de Gascogne, vient de se mettre d'accord avec la Compagnie du Midi, pour élever à 25 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée, la durée de validité des billets d'aller et retour, individuels, de toutes classes, fixée antérieurement à 15 jours, et qui sont délivrés, toute l'année, à toutes les stations de son réseau pour :

Alet, Arcachon, Argelès-Gazost, Ax-les-Thermes, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Balaruc-les-Bains, Banyuls-sur-Mer, Biarritz, Boulou-Perthus (le), Cambo-Ville, Capvern, Céret (Amélie-les-Bains, La Preste, etc.), Couiza-Montazels, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Laluque (Préchacq-les-Bains), Lamalou-les-Bains, Lannemezan (Cadéac, Vieille-Aure), Laruns (Les Eaux-onnes, les Eaux-Chaudes), Oloron-Sainte-Marie, (Saint-Christau), Pau, Pierrefitte-Nestalas (Barèges, Cauterets, Luz, Saint-Sauveur), Prades (Le Vernet et Molitg), Quillan (Ginoles, Carcanières, Escouloubre, Usson-les-Bains), Saint-Girons, (Aulus), Saint-Jean-de-Luz. Saint-Flour (Chaudes-Aigues), Salies-de-Béarn, Salies-du-Salat et Ussat-les-Bains.

La durée de validité de ces billets (25 jours) peut être prolongée une ou deux fois de 10 jours moyennant un supplément de 10 0/0 pour chaque période de 10 jours.

Ces billets doivent être demandés trois jours à l'avance.

Les dispositions qui précèdent sont applicables aux billets délivrés à partir du 1er août 1894.

Voyage d'excursion aux plages de la Bretagne

Du 1er mai au 31 octobre, il est délivré des billets de voyage d'excursion aux plages de Bretagne, à prix réduits, et comportant le parcours ci-après :

Le Croisic, Guérande, Saint-Nazaire, Savenay, Questembert, Ploërmel, Vannes, Auray, Pontivy, Quiberon, Lorient, Quimperlé, Rosporden, Concarneau, Quimper, Douarnenez, Pont-l'Abbé, Châteaulin.

Durée : 30 jours. — Prix des billets (aller et retour) : 1re classe, 45 fr. ; 2e classe, 36 fr.

Avis. — Ces billets comportent la faculté d'arrêt à tous les points du parcours, tant à l'aller qu'au retour. Le voyage peut être commencé à l'un quelconque des points du parcours.

La durée de validité peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes de dix jours, moyennant paiement, avant l'expiration de la durée primitive ou prolongée, d'un supplément de 10 0/0 du prix des billets.

Il est délivré des billets complémentaires du voyage d'excursion aux plages de Bretagne, réduits de 40 0/0, sous condition d'un parcours minimum de 150 kilomètres.

Ces billets sont délivrés de toute station du réseau d'Orléans et séparément : le premier pour aller rejoindre le voyage d'excursion ; le second, s'il y a lieu, pour quitter le voyage d'excursion et permettant de se rendre à un point quelconque du réseau d'Orléans.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie Schiller, 10, rue du Faubourg-Montmartre.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Des luxations congénitales de la hanche. — Anatomie pathologique et traitement opératoire curatif.

Travail présenté à l'Académie de Médecine pour le prix Portal, par M. VALLETTE (Hôpital cantonal de Genève), et fait à la clinique orthopédique de M. le Dr Hoffa, privat-docent de chirurgie à Wurtzbourg.

(*Suite et fin.*)

Méthode de Hoffa 1889. Réduction dans le cotyle agrandi après section des muscles qui font obstacle. Résection du ligament rond hypertrophié : premier temps de l'opération. — Le malade est couché sur le côté. Incision de Langenbeck dans la direction de l'épine iliaque postérieure, inférieure au grand trochanter et jusque sur cette saillie osseuse, divisant toutes les parties molles dans la direction des fibres du muscle grand fessier; ouverture de l'articulation. Décollement sous-périosté de toutes les parties molles insérées au grand trochanter; l'extrémité du fémur doit apparaître tout à fait dénudée hors de la plaie. On extirpe alors complètement le ligament rond.

On réussit alors toujours chez les jeunes sujets, jusque vers l'âge de 10 ans, à amener la tête fémorale en contact avec le cotyle primitif, en fléchissant le fémur et en exerçant une pression directe sur la tête, tandis qu'avant le décollement des parties molles la réduction était empêchée par leur résistance et rendue impossible, quelque force qu'on employât.

A ce moment, le membre inférieur prend une position de flexion de la cuisse sur le bassin, par le fait de la rétraction des muscles antérieurs : droit antérieur, couturier, adducteurs ; et de flexion du genou : action du biceps, demi-membraneux, demi-tendineux. Chez les enfants jeunes, on obtient la rectitude du membre en étendant lentement la jambe par des mouvements alternatifs de flexion et d'extension d'étendue croissante. En cas de besoin, on fera l'aténotomie des tendons au creux poplité. De même, pour éviter de voir la rétraction des muscles amener la récidive on fera la section sous-cutanée du fascia lata et des muscles au-dessous des épines iliaques, ce qui permettra l'extension de la cuisse. Ces sections sont nécessaires chez les enfants au-dessus de 6 ans.

Deuxième temps. — Formation d'un nouveau cotyle. Il suffit d'employer une cuiller tranchante de Volkmann. Hoffa en a fait construire une qui facilite ce temps de l'opération : la cuiller est portée par un manche coudé en bayonnette à 3 centimètres environ de son extrémité. On fait saillir la tête fémorale hors de la plaie, on l'attire même avec une bande de gaze iodoformée, et l'index, introduit dans la plaie, va à la recherche de la cavité cotyloïde normale. Hoffa l'a retrouvée chez quinze opérés, soit dans vingt-cinq articulations. On enlève tout le fond du cotyle avec la cuiller tranchante dirigée par l'index, tissu adipeux, tissu fibreux, cartilage avec une bonne épaisseur de tissu osseux spongieux; il faut ménager les bords du cotyle. Il est étonnant de voir combien on peut creuser le cotyle ; l'os iliaque est épais à cet endroit et l'on peut obtenir une cavité profonde. On lave la plaie avec un fort jet d'eau stérilisée qui entraîne les esquilles osseuses.

Troisième temps. — Réduction de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde agrandie extrêmement facile, et ce faisant avec le bruit qui accompagne la réduction des luxations traumatiques.

On extirpe les parties exubérantes de la capsule articulaire et on bourre la plaie avec de la gaze iodoformée. Les petits enfants sont placés dans une gouttière double, avec son bandage plâtré. Ceux qui sont plus âgés sont soumis à l'extension. On peut parfaitement opérer les deux côtés en une séance. Au bout de quatre semaines, on fait exécuter à la cuisse des mouvements passifs et le malade peut se lever au bout de quatre à six semaines. On lui fait porter un appareil très simple, composé d'une attelle métallique longue portant un anneau qui appuie sur l'ischion et le périnée. Des demi-anneaux métalliques fermés par une courroie fixant la cuisse et la jambe, une courroie retient l'appareil à la ceinture. A la partie inférieure, un étrier, dépassant la plante du pied, permet de faire l'extension au moyen d'un anneau de cuir qui entoure le cou de pied et de courroies qu'on fixe dans des œillets percés dans l'étrier. Dans les luxations doubles, on peut faire porter un appareil de Henning après l'opération bilatérale. Hoffa ne prend plus autant de précautions qu'au début, l'expérience lui

ayant montré qu'on peut bientôt laisser les enfants aller et venir sans appareil.

Telle est la méthode employée par Hoffa. Dans ses premières opérations, il relevait en forme de lambeau le tissu fibreux qui tapisse le fond du cotyle et l'employait pour consolider l'appareil ligamenteux (1). Il le suturait avec les insertions musculaires sur le fémur, en manière de pont au-dessus de la tête. Actuellement, il juge cette précaution inutile. De même, il a renoncé aux sutures des muscles en étages, après avoir eu des accidents de rétention dus à la présence d'aiguilles osseuses enfermées dans la plaie.

Instruit par l'expérience de ses quinze opérés (vingt-cinq articulations), Hoffa ne ferait pas volontiers l'opération après l'âge de 7 ou 8 ans. Il recourrait aux moyens palliatifs et serait disposé à tenter la manœuvre de Paci.

Il a cependant obtenu un fort bon résultat chez une jeune fille de 19 ans (Anna Rauer), atteinte de luxation congénitale double de la hanche, et opérée des deux côtés depuis trois ans bientôt mai et juin 1890). L'opération a été beaucoup plus difficile par l'altération plus avancée des parties articulaires ; le cotyle a dû être creusé au ciseau (2).

L'opération, telle que nous l'avons décrite, est simple et facile à exécuter, dit-il, on ne doit pas négliger de creuser le cotyle ; nous avons vu les conséquences qui en résultaient.

Chez les opérés qu'il nous a été donné de voir dans sa clinique, la tête était solidement fixée dans le cotyle. On doit se rappeler, pour éviter les déceptions, que le raccourcissement du membre luxé peut être dû à une diminution de la longueur réelle du membre. On pourra corriger ce raccourcissement «fixe», comme on pourrait l'appeler, par le port d'une chaussure surélevée.

M. le professeur J. Reverdin (de Genève) a bien voulu nous communiquer l'observation suivante d'une opération de Hoffa en nous autorisant à en faire l'usage; nous l'en remercions très sincèrement.

Vallier (Joséphine), 7 ans. — *Luxation congénitale de la hanche gauche. — Opération de Hoffa.* — Accidents vermineux. Raccourcissement des membres. Parents et frères bien portants, pas de malformations dans la famille. Née d'un accouchement normal. La claudication a été remarquée dès que l'enfant a commencé à marcher. Actuellement (septembre 1891), il y a raccourcissement du membre de 2 centimètres que l'on réduit par traction ; par des tractions et propulsions exercées sur le membre, on fait monter et descendre le trochanter sur le bassin fixé, sans provoquer ni douleurs, ni craquements. La longueur des deux membres du sommet du trochanter aux malléoles est aussi égale. Saillie de la hanche gauche plus forte qu'à droite, avec aplatissement de la fesse. On sent la tête dans la fosse iliaque, le col paraît très court. L'abduction est limitée, les autres mouvements tous possibles. Peu d'ensellure, pas d'atrophie de la cuisse.

Diagnostic. — Luxation congénitale de la hanche.

L'enfant a subi, il y a deux ans, un traitement par l'extension pendant quatre mois. Pendant les mois de septembre à décembre 1891, je lui applique la traction avec un poids de 3 kilogrammes pendant la nuit, avec contre-extension. Le trochanter gauche descend de 2 centimètres, il reste à 4 centimètres au-dessus de la ligne de Roser-Wélaton.

Le trochanter droit est à 3 centimètres au-dessus de cette ligne.

Elle entre à la clinique le 8 janvier 1892 ; l'enfant est atteinte de vomissements avec mouvement fébrile ; on remet l'opération.

11 janvier 1892. — Opération de Hoffa. — Suivant la méthode la plus récente, désinsertion des muscles du grand trochanter en décollant le périoste avec une mince couche de cartilage. Le tendon de l'obturateur externe est coupé dans la cavité digitale. La réduction se fait facilement : la jambe peut être étendue sur la cuisse, celle-ci sur le bassin sans que la tête quitte sa position.

Il n'y a pas de muscles rétractés qu'il soit nécessaire de sectionner.

La cavité est creusée avec la cuiller tranchante jusqu'à ce qu'il existe en arrière un rebord de 1 centimètre 5 à 2 centimètres de hauteur. Suture de la capsule au catgut (et capiton en U) pour diminuer son étendue encore excessive. Suture au catgut du périoste et des muscles trochantériens. Suture continue des muscles. Suture de soie de la peau. Traction de 3 kilos.

Les jours suivants, les vomissements reprennent, température vespérale jusqu'à 40° 5, agitation. Langue saburrale, anorexie, constipation. L'état de la plaie est satisfaisant, un peu de gonflement des lèvres de la plaie, sécrétion peu abondante sans odeur.

18 janvier. — Torticolis, douleur à la pression du trapèze droit.

22 janvier. — On pense que l'enfant pourrait avoir des vers : faxis, démangeaisons dans le nez. On donne des lavements, bonbons de santonine et jalap ; trois selles avec de nombreux oxipures et un lombric. Le même jour (23 janvier), la température s'abaisse à la normale. Le torticolis diminue, l'appétit revient, les vomissements cessent peu à peu. L'état s'améliore rapidement.

5 février 1892. — Bandage plâtré et traction.

15 février 1892. — On remarque qu'il y a encore raccourcissement du membre de 1 centimètre dû, probablement, à la brièveté du col. La tête est bien maintenue à sa place, la pression, même forte, sur la plante du pied ne fait pas bouger le trochanter.

19 mars. — On fait porter un appareil d'après Hoffa.

24 mai. — L'enfant est bien habituée à l'appareil et court toute la journée. Etat satisfaisant.

Fin juin. — On supprime l'appareil.

14 juillet. — La différence de longueur s'est accrue : l'enfant a beaucoup grandi. Le raccourcissement porte sur le fémur, 1 centimètre ; les os de la jambe, 1 centimètre ; la brièveté du col, 1 centimètre : en tout, 5 centimètres.

La tête étant bien fixée, on pourra corriger le raccourcissement en faisant porter une semelle élevée.

On ordonne de faire du massage, de la gymnastique orthopédique (*observation inédite*).

Schede (de Hambourg), 1891.

Schede a publié, en 1892, trois observations de malades opérés d'après la méthode de Hoffa avec de très bons résultats ; ils sont âgés de 5, 7 et 10 ans. Il fait l'extension continue préalable pendant quatre semaines, suture la plaie ; sauf cela, pas de modification du procédé.

(1) C'est ce procédé qui est décrit dans la *Revue d'Orthopédie*, 1892, n° 2 et qui a été employé par Denucé.

(2) Kirmisson dit avoir déterminé une fracture esquilleuse du bassin en se servant de cet instrument.

Au bout de six semaines, il pratique des mouvements passifs de l'extrémité inférieure. Dans un cas de luxation gauche chez une jeune fille, la déviation du col du fémur en avant n'a pas nui au maintien de la réduction.

Karewsky publie, en 1892, le résultat de quatre opérations de luxation congénitale. Il emploie la méthode de Hoffa. Trouvant le bourrelet cotyloïdien renversé en dedans et rétrécissant le cotyle et le fond, le relève en dehors, de sorte qu'il reprend son rôle physiologique, s'appliquant exactement sur la tête fémorale par l'effet de son élasticité, on le suture ensuite.

Chez les deux enfants les plus âgés, il plante une série de clous en palissade dans le rebord supérieur et les laisse pendant six ou huit jours pour qu'ils s'opposent au déplacement.

Il ne fait que dans un cas la section des muscles rétractés. C'est peut-être la négligence de cette précaution qui lui a valu deux insuccès. Au bout de dix-huit à vingt-et-un mois, le fémur se déplace un peu en haut sans qu'il y ait proprement récidive, mais tout fait prévoir qu'elle se produira.

Les deux autres ont conservé les bénéfices dus à l'opération : marche assurée, presque normale, allongement du membre luxé avec le seul raccourcissement dû à l'abaissement du col du fémur.

Il fait continuer l'extension la nuit et le port d'un appareil pendant longtemps; il attribue à la négligence de ces précautions l'insuccès qu'il a rencontré dans deux cas.

Denuci (de Bordeaux) pratique, en 1891, l'opération de Hoffa sur une petite fille de 5 ans (9 septembre). *Luxation gauche congénitale*.

Il emploie la première méthode de Hoffa.

Au bout de cinq semaines, il enlève l'appareil plâtré et exécute quelques mouvements; la malade se lève au bout de sept semaines et fait quelques pas. Un an après l'opération, la lordose a complètement disparu, la scoliose est très atténuée. L'enfant marche bien. Il existe encore un raccourcissement dû au manque du col fémoral.

Quénu. — Enfant de 4 ans 1/2. — *Luxation gauche congénitale*. — En juin 1891, opération du côté droit. La réduction n'est pas possible après désinsertion des muscles trochantériens. Il fait la décapitation du fessier. Il y avait allongement de la tête et « exagération » de l'angle du col avec le corps du fémur.

En février 1892, opération du côté gauche, section du droit antérieur, du fascia lata, désinsertion des adducteurs, puis des muscles trochantériens. La réduction est encore impossible, il fait l'ablation de la tête.

Il semble que l'insuccès soit dû à la déformation exceptionnelle des parties osseuses.

Lorentz fait l'opération de Hoffa sur une fillette de 7 ans. Il rencontre de grandes difficultés pour la réduction, malgré la désinsertion des muscles fessiers et pelvi-trochantériens et même après la tériotomie des adducteurs et des muscles tenseur du fascia lata, couturier, il doit faire des efforts « inouis » pour en venir à bout (!) Il a des accidents septiques, suppuration de la plaie et du genou. Il en conclut que les fessiers et pelvi-trochantériens ne sont pas un obstacle important et emploie à l'avenir un autre procédé.

1892. — Opération de Lorentz (de Vienne), dérivée de celle de Hoffa. Il en retient la section des muscles longs de la cuisse : demi-tendineux, demi-membraneux, biceps, adducteurs, surtout le droit interne et le long adducteur, le couturier et le fascia lata, le droit antérieur, moyen fessier, mais il laisse de côté la désinsertion des muscles qui s'insèrent au grand trochanter, pensant qu'ils ne font guère obstacle à la réduction, une partie seulement des fibres des fessiers étant rétractée d'après lui. Il cherche en outre à produire la réduction avant d'ouvrir la capsule pour exposer moins longtemps l'articulation ouverte aux risques d'infection. Il emploie une incision antérieure.

Il commence par faire la myétanie sous-cutanée des adducteurs et, par la même incision, il sectionne les insertions des muscles à la tubérosité de l'ischion. On incise la peau sur une longueur de 6 à 7 centimètres de l'épine iliaque ant. sup., directement en bas. Les lèvres de la plaie sont écartées, on sectionne transversalement le fascia lata et son tenseur, le bord antérieur du moyen fessier, le couturier; on charge le tendon du droit antérieur et le sectionne sur une sonde cannelée, pénétrant entre le couturier et le tenseur. On dénude la capsule sous laquelle se trouve déjà la tête fémorale et on la fend par une incision cruciale. Cessant l'extension, on luxe la tête par un mouvement de flexion et d'adduction du fémur que l'assistant repousse en même temps en haut.

On détache avec le bistouri les parties trop tendues de la capsule à la partie antérieure du col du fémur. La cavité cotyloïde ainsi rendue accessible, on introduit la curette tranchante en bayonnette de Hoffa. On creuse la cavité en ménageant surtout son bord supérieur. On amène alors la tête dans la cavité par une légère traction.

C'est donc la section de parti-pris des muscles que Hoffa ne coupe que suivant les besoins de la cause; au contraire, on ménage les fessiers et trochantériens que Hoffa détache de leurs insertions. Lorentz reconnaît qu'on a moins de facilité pour creuser le cotyle avec son incision antérieure qu'avec celle de Hoffa (Langenbeck).

Chose curieuse, après avoir émis l'opinion que son opération pourrait être appliquée aux cas anciens, mieux que celle de Hoffa (1), il écrit à ce dernier dans une lettre que nous avons sous les yeux :

« Quand nous aurons affaire à des plus âgés, votre opé- » ration sera préférable à la mienne. Pour le moment, je » me contente d'opérer des enfants. »

En 1892, il avait opéré une fille de 5 ans, atteinte de luxation double; une de 6 ans, avec luxation gauche; une de 15 ans : dans ce cas il a eu de la peine à creuser le cotyle.

Dans sa seconde communication, Lorentz rapporte cinq nouvelles opérations. Il a éprouvé un échec dans un cas où le col du fémur était dévié en avant; il n'opère pas quand il se rend compte de cette disposition.

En résumé, nous voyons que l'opération de Hoffa a donné de bons résultats à d'autres qu'à son inventeur. La fixation de la tête a été obtenue dans presque tous les cas; les symptômes qui dépendaient de la luxation se sont amendés jusqu'à disparaître tout à fait.

Cette opération est facile à comprendre et peut être exécutée sans difficultés; même chez des enfants jeunes (deux cas de Hoffa âgés de 15 mois, un de 13 mois), elle est très bien supportée.

(1) *Centralblatt für Chirurgie*, 1892, p. 633 : « Il n'y a pas de limite d'âge comme pour l'opération de Hoffa. »

Nous ne voyons, jusqu'à présent, qu'un cas de mort pouvant être attribué à l'opération (1).

Tout nous fait prévoir que l'opération de Hoffa tiendra tout ce qu'elle promet actuellement et qu'un bel avenir lui est réservé.

REVUE D'HYGIÈNE

La purification des eaux, par M. Coreil. — In *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, 1894.

On a beaucoup parlé, en ces derniers temps, du permanganate de potasse comme stérilisateur des eaux. M. Chicandard et Mlle Catherine Schipiloff avaient insisté sur ce que ce procédé a de simple, rapide et peu coûteux. D'après ces auteurs il suffisait d'ajouter à l'eau à purifier assez de permanganate de potasse pour colorer celle-ci en violet et à l'additionner, pour se débarrasser de l'excès de permanganate, d'une matière organique quelconque, telle que de la poudre d'écorce de chêne, de quinquina, de Kola, de café ou de réglisse. On obtenait ainsi une eau d'une innocuité absolue, disaient les auteurs que je viens de citer, bien supérieure à celle fournie par l'ébullition et les autres procédés de filtrage.

M. Coreil, directeur du laboratoire de Toulon, membre du Conseil d'hygiène, a entrepris une foule d'expériences pour vérifier la valeur du permanganate employé comme stérilisateur, et ces expériences ont si peu confirmé les assertions trop optimistes de M. Chicandard que, pour lui, la mise en pratique du procédé préconisé par ce dernier auteur peut présenter de très graves dangers. En effet, le permanganate de potasse employé aux doses indiquées ne fait pas complètement disparaître les bactéries d'une eau et en diminue simplement le nombre. De sérieux inconvénients pourraient résulter de sa substitution aux procédés de l'ébullition ou de stérilisation des eaux par la chaleur habituellement conseillés pendant les épidémies.

De l'action de l'eau de mer sur les microbes, par M. Cassedebat. — In *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, 1894.

On sait que bon nombre de villes déversent leurs égouts dans les ports. Il était intéressant de rechercher si cette pratique a un inconvénient pour la santé publique et si cet inconvénient, au cas où il existerait, pourrait être évité en déversant les égouts au loin dans la mer.

La solution de cette intéressante question au point de vue de l'hygiène a sollicité l'activité d'un médecin militaire bien connu pour les études auxquelles il s'est déjà livré sur l'eau potable. Pour savoir si le déversement des eaux d'égouts dans les ports est nuisible, M. Cassedebat a recueilli des échantillons d'eau dans le port d'Oran, à des distances variables des bouches d'égoût. Il a reconnu que le liquide recueilli était si chargé de germes qu'on ne pouvait parvenir à les dénombrer même dans les dilutions au vingtième, que les bactéries s'accumulent dans les points où les eaux sont le plus tranquilles.

Le développement des eaux d'égout dans un port permet aux courants marins de ramener les germes à la surface des eaux et de les déposer sur le rivage, et aux vents de les disséminer dans la ville.

Néanmoins l'eau de mer est nuisible aux microbes et l'auteur examinant de l'eau puisée à une distance de 10 à 2,000 mètres de la jetée et en prenant des échantillons de 300 en 300 mètres a trouvé un nombre de colonies faible et uniforme.

Pour reconnaître directement l'action de l'eau de mer sur les microbes, M. Cassedebat a ensemencé des tubes d'eau de mer stérilisée avec quelques-uns d'entre eux et il a vu mourir le microbe du pus du 22e au 24e jour, le microbe de la pneumonie du 35e au 40e jour, le microbe du charbon du 21e au 24e jour, le microbe de la fièvre typhoïde après 48 heures.

La mort rapide du bacille typhique dans l'eau de mer offre surtout de l'intérêt. Ces résultats permettent de conclure qu'on peut déverser les eaux d'égout dans la mer à condition qu'on le fasse à un point suffisamment éloigné de la ville.

Ce qu'on fait des crachats tuberculeux dans les hôpitaux de phtisiques en Angleterre : Revue critique par M. Vallin. — In *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, 1894.

Partout en Angleterre la préoccupation principale est de maintenir les crachats à l'état humide jusqu'au moment de leur enlèvement définitif et de leur stérilisation ; on n'attache qu'une importance relative ou secondaire au liquide antiseptique qu'on place par avance dans le crachoir : solution de sublimé, d'acide phénique, de soude, de chlorure de zinc, de crésyl, d'eau de chaux... Ce qu'on cherche à éviter avant tout, c'est le dessèchement des crachats et leur transformation en poussière sur le sol, sur les linges et les mouchoirs souillés.

Stérilisation du pain de munition et du biscuit, par MM. Ballann et Masson. — In *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, 1894.

« Les germes apportés par l'eau servant à la panification peuvent-ils conserver leur activité dans le pain et le biscuit après cuisson ? » Telle est la question dont la solution avait été demandée par le ministre de la guerre aux comités techniques de l'intendance et de santé.

MM. Balland et Masson, pharmaciens principaux de l'armée, chargés de préparer les éléments de la réponse à donner, ont institué une série d'expériences qui leur ont permis de présenter les conclusions qui suivent :

1° La partie centrale du pain de munition atteint pendant la cuisson une température de 100 à 102° ; celle du biscuit atteint 110° ;

2° L'action combinée de ces températures et de l'acidité des pâtes suffit à assurer pratiquement la stérilisation du pain et du biscuit. Certaines spores connues par leur résistance aux températures élevées peuvent seules conserver leur activité et se développer ultérieurement dans certaines conditions particulièrement favorables ;

3° Du moment où l'acidité diminue sensiblement, comme dans les pâtes préparées avec les levures, la stérilisation n'est plus assurée au même degré ;

4° Dans tous les cas, les germes pathogènes, le bacille typhique et le bacille du choléra en particulier, qui offrent tous une moindre résistance à la chaleur, doivent nécessairement être détruits.

Influence de l'alimentation par les drêches sur la composition du lait de vache, par M. L. Garnier. — In *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, 1894.

Une des questions qui intéressent le plus l'hygiène de l'enfance, dit M. Garnier, est celle de la qualité du lait de vache qui sert presque exclusivement à nombre d'enfants en bas âge, et l'on sait combien il en meurt d'athrepsie

(1) Kirmisson parle d'un cas où il lui est arrivé de fracturer le bassin en creusant le cotyle avec le ciseau. La mort fut la suite de cet accident. Epanchement sanguin dans le bassin.

souvent causée par un lait de mauvaise qualité. L'une des causes de l'altération du lait serait, semble-t-il, l'adjonction des drêches à la nourriture des vaches laitières. L'on croit généralement que les drêches rendent le lait très aqueux, et que c'est là une manière détournée pour les laitiers de mouiller leur lait sans y introduire d'eau directement.

Pour élucider cette question, M. Garnier a entrepris une série de recherches qui lui ont prouvé que si le mélange des drêches à l'alimentation, en proportion aussi forte que peuvent le supporter les vaches laitières sans trop en pâtir (drêches mélangées avec un peu de fourrage sec, paille et regain), peut modifier et faire baisser la proportion des corps gras, elle n'a aucune influence sérieuse sur la quantité d'eau contenue dans le lait.

Sur la teinture au chromate de plomb au point de vue de l'hygiène industrielle, par M. Cazeneuve. — In *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, 1894.

La teinture au jaune de chrome ou chromate de plomb est restée dans la pratique industrielle, malgré la découverte de nombreux jaunes artificiels, dont la gamme variée aussi bien que la solidité à la lumière ne laissent cependant rien à désirer. La région lyonnaise, en particulier, l'utilise couramment; Roubaix et Rouen, de leur côté, ne l'ont pas abandonnée. Il faut convenir que cette couleur est bon marché et répond aux exigences de la consommation.

Or, depuis quelques années, des accidents plombiques graves ont été observés. Ils se sont manifestés dans les filatures qui dévident le coton teint en flotte. Le Conseil d'hygiène du département du Rhône, en particulier, a été saisi de la question. L'auteur a été chargé de faire une enquête qui a montré le danger pour les ouvriers de ce procédé de teinture.

Si le chromate de plomb peut être encore toléré pour teindre le coton en pièces destiné à la lustrine pour doublure, il doit être absolument proscrit pour teindre le coton en fil, quel qu'en soit l'usage.

Le coton teint en pièces au chromate de plomb, grâce à l'apprêt et au glaçage, ne donne aucune poussière dans les confections où il intervient, aussi bien que dans les manipulations servant à sa préparation, aussi peut-il être toléré jusqu'à nouvel ordre.

Il serait désirable, conclut l'auteur, que le Comité consultatif d'hygiène de France se préoccupât de la question de la teinture au chromate de plomb qui a motivé l'attitude sévère du Conseil d'hygiène départemental du Rhône et qu'une mesure prohibitive générale en France fût résolument imposée.

Etude microscropique des poussières industrielles, par M. Perisse. — In *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, 1894.

L'Association pour l'entretien du musée d'hygiène professionnelle de Vienne (Autriche) a publié, dit l'auteur, sous la signature de son directeur M. Migerka, une étude fort intéressante sur les diverses sortes de poussières existant dans les établissements industriels.

La cause de la nocivité des poussières réside, abstraction faite de la présence de bacilles, soit dans la composition chimique, soit dans la structure. Les poussières les plus nuisibles sont celles qui, en raison de leurs formes irrégulières et de leur déchirabilité, forment des adhérences avec la muqueuse. Plus elles sont fines et légères, mieux elles pénètrent profondément dans les voies bronchiques, et plus les effets en sont nuisibles et intensifs.

Pour ce motif, on doit considérer comme très dangereuses les poussières suivantes existant dans l'atmosphère du travail : 1° les poussières métalliques ; 2° certaines poussières de pierres ; 3° les poussières d'origine animale produites dans les ateliers de tournage et de polissage, principalement celle de la nacre, de la corne et de la baleine ; 4° toutes les poussières de bois, quand les ouvriers travaillent dans les ateliers où il est fait emploi de machines-outils ; 5° les poussières des textiles végétaux, principalement du jute ; 6° les poussières des fibres animales, à l'exception de celles de filatures de laine et de soie ; 7° les poussières provenant des moulins à blé et à tan dans de certaines conditions, et pour ceux des ouvriers qui y sont constamment exposés ; 8° et enfin les poussières des ateliers de battage des tapis et du travail des chiffons.

Tout cela démontre la grande utilité d'expulser les poussières de l'atmosphère des ateliers et de les empêcher d'entrer dans les voies respiratoires en faisant emploi de masques appropriés.

La fabrication des allumettes et les accidents phosphorés, par M. Magitot. — In *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, 1894.

Une grève, heureusement conjurée, a failli il y a peu de temps frapper notre industrie des allumettes dans les usines de Pantin, d'Aubervilliers et du pont de Flandre. Mais cette fois, dit M. Magitot, les grévistes n'obéissaient pas à l'un de leurs mobiles ordinaires : ils ne réclamaient ni augmentation de salaire, ni diminution des heures de travail ; ils refusaient tout simplement de subir certaine visite prétendue sanitaire qu'un règlement d'administration intérieure rend obligatoire pour tout le personnel de l'usine. Il est vrai qu'il ne s'agissait pas d'une visite pure et simple ; sous prétexte d'examen périodique, on charge un dentiste d'effectuer dans la bouche des ouvriers telle ou telle opération que le praticien croira utile, soit pour éviter, soit pour conjurer ou guérir un accident et voilà cette visite de simple exploration changée en une séance d'opérations où se pratiquent maintes interventions chirurgicales prétendues nécessaires : ouvertures d'abcès et surtout extraction de dents, de débris.

M. Magitot s'élève contre une telle pratique qui, chez ces ouvriers généralement atteints de phosphorisme, est impuissante à conjurer une nécrose commençante ou seulement menaçante, mais est encore capable de lui ouvrir les portes, de sorte qu'elle peut transformer un ouvrier sain la veille en un nécrosé du lendemain.

L'administration, dans le régime des ouvriers des usines d'allumettes, doit se borner exclusivement, dit-il, à des mesures d'examen, de surveillance et de sélection du personnel. Ces mesures basées sur une visite d'entrée et des visites périodiques sont parfaitement capables de conjurer toute invasion du mal chimique.

Aucune opération chirurgicale ne saurait être admise dans l'usine. Une telle pratique est non seulement attentatoire à la liberté de l'ouvrier, mais encore elle est de nature à provoquer l'apparition d'une nécrose.

L'ouvrier, frappé ou simplement menacé du mal chimique, doit être immédiatement éloigné des ateliers et de l'usine et soumis à un traitement à la fois médical et chirurgical.

De la non-décroissance de l'endémie goîtreuse en France, par M. Armaingaud. — In *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, 1894.

L'endémie goîtreuse ne paraît pas diminuer en France, elle augmente plutôt. Pour être édifiés à ce sujet, il suffirait

d'avoir une bonne statistique et de faire appel surtout aux précieux renseignements des médecins de notre armée.

Quoi qu'il en soit, des mesures prophylactiques sont proposées par l'auteur :

1° Il y aurait lieu dès à présent, dit-il, d'essayer l'emploi d'un filtre scientifique dans quelques-unes des localités à goître et principalement dans les agglomérations d'adultes et d'enfants, et au besoin l'Etat devrait provoquer ou même organiser à ses frais, avec ou sans le concours des départements et des communes, ces essais de filtration méthodique;

2° Il y a lieu de conseiller aux populations atteintes par le goître de faire bouillir, puis aérer l'eau potable avant de la consommer;

3° Il semble qu'il y ait lieu d'utiliser dans la mesure du possible les *sanatoria maritimes* déjà existants, pour le traitement prophylactique et curatif des enfants goîtreux prédisposés au crétinisme ou déjà atteints de cette dernière maladie à son début.

Le nouvel hôpital de Stockholm pour les maladies épidémiques, par M. TALAYRACH. — In *Revue d'hygiène et de Police sanitaire*, 1894.

Parmi les applications des idées actuelles sur l'isolement des maladies épidémiques, la plus récente et aussi une des plus heureuses qu'il ait été donné à l'auteur de voir en Allemagne et en Suède est le nouvel hôpital de Stockholm, destiné exclusivement au traitement du typhus exanthématique, de la scarlatine, de la rougeole, de la variole et de la diphtérie. Cette création, ajoute M. Talayrach, est la suite de l'évolution hygiénique qui se poursuit déjà depuis quelques années à Stockholm et permet à cette ville de disputer avec Bruxelles l'honneur de posséder le service sanitaire le mieux organisé de toutes les capitales du continent.

La ville de Stockholm s'est proposé de diminuer le nombre des maladies épidémiques. Elle s'est adressée pour cela à la désinfection et à la mesure préventive dont l'efficacité est reconnue incontestable et qui restera, avant qu'on ait pénétré le problème obscur de la pathogénie des maladies épidémiques, notre principal moyen de protection. De longtemps encore le plus précieux auxiliaire pour préserver une ville de la rougeole, de la scarlatine, de la variole, de la diphtérie et du typhus exanthématique, sera l'isolement minutieux et obligé des contagieux, riches et pauvres, comme on l'a accepté en Suède depuis la loi du 19 mars 1875 dans tous les rangs de la société.

L'examen individuel et le bulletin sanitaire des écoliers, par M. MANGENOT. — In *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, 1894.

Le but de l'examen individuel est avant tout la recherche des causes personnelles qui peuvent nuire au développement physique et intellectuel de l'enfant. Combien de ces derniers passent pour inattentifs et inintelligents et ne doivent ces qualificatifs qu'à la présence dans l'oreille d'un bouchon de cérumen, à l'existence sur l'œil de taies de la cornée ou à l'obstruction des fosses nasales.

Il est donc indispensable, dit l'auteur, d'examiner avec soin les yeux, les oreilles, le nez et la gorge de tous les enfants afin de découvrir ce qui, tant au point de vue physique et anatomique qu'au point de vue physiologique et pathologique peut nuire à leur développement intellectuel.

Les dents aussi doivent faire l'objet d'un examen sérieux, car nul n'ignore l'influence fâcheuse qu'ont sur le travail intellectuel les douleurs de la carie dentaire et les troubles digestifs causés par une mastication incomplète.

On le voit, M. Mangenot tend à faire établir pour les élèves des écoles un registre qui serait l'analogue du registre d'incorporation des régiments. Son idée mérite d'être encouragée.

De la conduite à tenir dans les écoles, en cas de fièvre typhoïde ou de choléra, par M. MOSNY. — In *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, 1894.

Envoyé à Alais, par le ministre de l'intérieur, pour prendre les mesures de désinfection et d'assainissement nécessitées par l'apparition du choléra, M. Mosny étudie les conditions très différentes de l'éclosion d'une épidémie : lorsque l'école en est le foyer; lorsque l'épidémie éclate en ville et qu'il s'agit de préserver l'école; lorsque l'épidémie sévit simultanément à la ville et à l'école.

Après avoir recommandé les précautions d'usage pour l'eau, la tenue des cabinets d'aisances, il s'occupe d'un côté généralement négligé par les hygiénistes officiels qui, dans le cas particulier, a une grande importance : le côté moral.

En temps d'épidémie plus que jamais, dit-il, l'instituteur a en main une influence considérable, sa voix est écoutée, son rôle peut être bienfaisant s'il sait apprécier la puissance des armes qu'il possède et s'il connaît l'usage qu'il doit en faire. Il devient nuisible au contraire s'il n'a pas la conscience de son prestige ou s'il en fait un mauvais usage.

L'instituteur doit rassurer les enfants et par eux ramener chez les parents la confiance et calmer leurs craintes; aux parents il montrera ce qu'il a fait dans son école pour assurer la sécurité des enfants; il leur expliquera le but des mesures qu'il a prises, leur montrera qu'il ne s'agit pas là de mesures vexatoires ou dangereuses comme se l'imaginent trop souvent les populations que frappe une épidémie. S'il y a intervention des délégués sanitaires, il doit les aider dans leur tâche pour faire exécuter docilement leurs prescriptions, et vaincre les préventions de la population. Si l'école est licenciée, il doit rester à son poste pour ramener dans les esprits la confiance et le courage, en même temps qu'il inspirera le respect et accroîtra son prestige.

Etude bactériologique de l'eau de la ville de Châlons-sur-Marne, par M. MALJEAN. — In *Archives de Médecine et de Pharmacie militaire*, 1894.

Travail très intéressant résumé dans les conclusions ci-après :

1° L'eau des galeries filtrantes de la ville de Châlons est de l'eau de Marne clarifiée et débarrassée de l'immense majorité de ses bactéries (98 0/0). En temps ordinaire, elle est limpide et contient, par centimètre cube, moins de cent germes revivifiables par la culture sur gélatine.

2° Elle devient louche et plus riche en bactéries, lorsque la rivière subit une forte crue.

3° Par sa contenance en germes, l'eau de Châlons se rapproche des eaux de rivières filtrées artificiellement sur sable et graviers et considérées comme suffisamment épurées.

4° Les espèces microbiennes sont les mêmes que dans la Marne; sur un total de quatorze, on en trouve douze dans l'eau de la ville. Sept de ces dernières existent dans l'eau prise au robinet; les cinq autres ne se rencontrent que sur les bougies Chamberland et dans le dépôt des réservoirs.

5° L'eau contient en permanence, mais en petite quantité, le *bacterium coli commune*, ainsi que deux anaerobies putrides provenant de la vase de la rivière.

Malgré la présence du coli-bacille dans l'eau d'alimenta-

tion, la population civile et la garnison ont une mortalité typhoïdique remarquablement faible.

Les troupes qui consomment l'eau à l'état naturel ne fournissent pas plus de cas de fièvre typhoïde que les troupes alimentées avec l'eau filtrée. Ch. Amat.

A L'ÉTRANGER

AUTRICHE

Résection de l'extrémité cardiaque de l'estomac.

Lévy décrit l'opération qu'il a faite, tout récemment, avec le concours de Fehleisen, pour réséquer la partie du tube digestif qui met en communication l'œsophage et l'estomac. L'auteur soutient que cette opération, dans les cas de tumeur maligne, est rendue justifiable par le succès qui a suivi la résection du pylore et de vastes portions de la paroi antérieure de l'estomac.

Un tel traitement semble être, toutefois, indiqué plutôt pour les cas de cancer du cardia que pour les cas de cancer du pylore. Dans ces derniers cas, en effet, il est possible de rétablir la santé du malade par l'établissement d'une communication entre l'estomac et l'intestin grêle ou par la formation d'une fistule gastrique; dans les premiers, au contraire, rien ne peut alléger les conséquences de son extension rapide et croissante. A première vue, il paraît y avoir des difficultés anatomiques très sérieuses dans l'exécution de cette opération. Il semblerait qu'il fût nécessaire de couper les deux nerfs pneumogastriques, et d'autre part les connexions de cette portion de l'estomac avec d'autres organes importants sont très étendues et très intimes. Devant ces difficultés, l'auteur montre que les fibres des nerfs vagues, au moment où elles passent dans l'abdomen avec l'œsophage, peuvent très bien être divisées sans danger pour la vie du malade et il dit avoir démontré, à la suite de recherches sur le cadavre humain et sur les chiens, qu'il était possible d'isoler l'extrémité cardiaque de l'estomac sur une telle longueur que l'on pouvait la couper et que l'extrémité de l'œsophage ainsi divisée pouvait être cousue aux bords de la plaie gastrique. Dans cette opération, M. Lévy a proposé une incision rectangulaire à travers la paroi abdominale: un côté parcourant la ligne médiane, de l'appendice ensiforme à l'ombilic; l'autre partant de l'extrémité inférieure de la première à travers toute la largeur du muscle droit de l'abdomen du côté droit.

L'artère et la veine coronaires gauches sont coupées entre deux ligatures. Après avoir séparé l'extrémité cardiaque de l'estomac des organes situés en arrière d'elle, on isole l'extrémité inférieure de l'œsophage en incisant la membrane séreuse qui l'entoure. On expose alors l'orifice œsophagien du diaphragme. On place ensuite des fils à ligature sur tous les vaisseaux qui se rendent à cette partie du tube digestif, et qui sont pour la plupart des branches de l'artère diaphragmatique. A ce niveau, on risque de blesser la plèvre. Il faut le savoir pour éviter de le faire. On a soin de protéger l'intestin avec des compresses de gaze. Puis, on coud les parois antérieure et postérieure de l'œsophage, situées au-dessus du siège du mal, à une partie saine de l'estomac. L'extrémité cardiaque de l'estomac est alors entamée par coups successifs. Les fils des parois antérieure et postérieure sont attachés ensemble, au fur et à mesure, après chaque coup de bistouri ou de ciseaux, au delà de l'orifice que l'on a laissé pour fixer l'œsophage. On divise maintenant le tube œsophagien par un moyen semblable, cousant à l'estomac chaque portion qui en aura été coupée. Si, en effet, l'œsophage n'est pas fixé à l'estomac avant d'avoir été totalement incisé, il se rétracte et disparaît à travers l'orifice diaphragmatique. Enfin, on aura soin de ne pas établir les points de suture parallèlement à l'axe de l'œsophage, mais il convient de les disposer obliquement à travers ses tuniques.

Un cas de côte cervicale.

J. Kertész, de Buda-Pesth, rapporte un cas de côte cervicale. Cette excroissance siégeait sur le côté gauche du cou. On pouvait la sentir à un pouce au-dessus du milieu de la clavicule, sous la forme d'une protubérance osseuse immobile et que l'on suivait très bien jusqu'à la colonne vertébrale. Elle mesurait environ un pouce d'épaisseur. L'artère sous-clavière passait au-dessus d'elle; le plexus brachial passait de face. En comprimant l'espace compris entre l'extrémité antérieure de la côte et la clavicule, on provoquait une douleur vive irradiant dans le bras jusqu'au coude. Les artères du membre supérieur gauche étaient parfaitement normales, et les mouvements de la tête n'étaient nullement gênés par la présence de cette côte.

Kertész a trouvé 17 mentions de côte cervicale dans la littérature anatomique. Dans tous les cas, la côte était en connexion avec la septième vertèbre cervicale. Quelques-uns se compliquaient d'un anévrysme de la sous-clavière, avec ou sans oblitération des artères qui nourrissent le membre supérieur. Dans quelques autres cas, il y avait des douleurs névralgiques dans l'avant-bras et dans les doigts. Parfois, l'anomalie existait des deux côtés du cou. Parfois, la côte cervicale était mobile.

Mais dans le cas rapporté par Kertész aucun symptôme n'appelait une intervention opératoire.

AMÉRIQUE

Ligature de la base des ligaments larges à travers le vagin pour fibrômes de l'utérus.

Goelet dit que cette opération est très avantageuse et remplie de succès quand il s'agit d'arrêter une hémorrhagie utérine ou de réduire des croissances fibreuses de l'utérus. Son opinion est qu'on peut l'exécuter à la place de l'hystérectomie quand cette dernière opération doit faire courir de trop grands dangers à la malade, et à titre d'opération préliminaire, en vue d'éviter la nécessité d'une opération plus grave. Lorsqu'il n'existait pas de connexions étendues exigeant une nutrition additionnelle, on a pu obtenir une réduction considérable, même dans les tumeurs de gros volume. Lorsque l'opération a été faite pour des tumeurs plus petites, le résultat obtenu a été encore plus satisfaisant. Dans quelques cas même, il s'en est suivi une atrophie complète. Ce résultat, aussi bien que l'arrêt d'une hémorrhagie utérine, s'explique par ce fait que l'intervention sur les vaisseaux et les nerfs, causée par la ligature de la base des ligaments larges, diminue la nutrition de l'utérus et de ses tumeurs.

On estime, en général, que les artères utérines fournissent les deux tiers du sang nécessaire à l'utérus. Il est donc juste d'espérer qu'un effet notable sera produit sur l'utérus et sur les tumeurs qui se développent sur ses parois, si celles-ci sont séparées des vaisseaux qui les nourrissent.

Il n'y a qu'un danger à courir dans cette opération : c'est la présence des uretères que l'on peut très bien comprendre dans la ligature. On sait, en effet, que les uretères passent en bas derrière l'artère utérine, à 10 ou 12 millimètres seu-

lement du col de l'utérus, et sont, en conséquence, situées dans le champ opératoire. GOELET insinue, comme premier temps de l'opération, en prévision d'éliminer cette cause de danger, d'introduire des bougies dans les uretères à travers la vessie. Il admet, cependant, qu'un chirurgien habitué à opérer dans cette région pourra aisément éviter les uretères.

Quant au procédé opératoire, GOELET, au lieu de lier chaque artère en un seul point, exige deux et trois ligatures des artères de chaque côté, au moment où elles montent le long des bords de l'utérus. Ceci a pour résultat de prévenir l'épanchement sanguin à la partie inférieure de la cavité utérine. GOELET attribue la priorité de cette opération au Dr MARTIN, de Chicago, qui a récemment suggéré et popularisé cette opération, en indiquant la technique opératoire; mais il s'attribue le mérite d'avoir, le premier, lié l'artère utérine par le vagin, et cela d'un côté seulement, au mois de janvier 1894, pour un cas de vaste tumeur fibreuse de l'utérus chez une femme enceinte de sept mois. Son but était, en opérant ainsi, de diminuer le volume de la tumeur, en réduisant la quantité de sang qui la nourrissait. L'artère du coté opposé ne fut pas liée, parce qu'elle était rendue inaccessible par la position occupée par la tumeur. Six mois plus tard, cette tumeur avait un volume d'un tiers plus petit et n'occasionnait plus d'inconvénient.

ALLEMAGNE

De la thrombose des sinus cérébraux dans la chlorose.

La thrombose des sinus cérébraux dans la chlorose est un fait exceptionnel. Il n'en existe que très peu d'observations. M. R. Kockel vient d'en rapporter deux nouvelles.

La première observation est celle d'une jeune fille, âgée de dix-neuf ans, qui, après une simple céphalalgie ayant duré trois jours, vint à perdre subitement connaissance. Elle était dans le coma le plus absolu quand on l'apporta à l'hôpital: pupilles inégales et sans réflexes, respiration irrégulière avec des intermittences, température élevée. Les membres sont flasques et inertes, la sensibilité est amoindrie, les réflexes sont exagérés. Quelques heures après son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire moins de vingt-quatre heures après l'apparition de l'ictus, la malade succomba.

A l'autopsie, on constata un épanchement intraventriculaire abondant et l'existence d'un thrombus oblitérant non seulement le sinus transverse gauche dans le voisinage des tubercules quadrijumeaux, mais aussi de la grande veine de Galien.

La deuxième observation est celle d'une jeune fille de dix-sept ans qui présentait le même tableau clinique que la précédente: céphalée, vomissements durant quarante-huit heures, puis ictus subit.

A l'autopsie, on trouva également une thrombose de la grande veine de Galien avec caillot s'étendant dans le sinus droit, et, des deux côtés, dans les sinus transverses, sur une longueur de deux centimètres environ. On remarquait, de plus, un ramollissement de la substance cérébrale des parois latérales et supérieures des ventricules latéraux, ainsi que de la couche la plus superficielle des masses ganglionnaires intracérébrales. Ce ramollissement présentait une coloration rougeâtre et il avait été provoqué par de nombreuses petites hémorrhagies.

M. Kockel croit cependant que des cas de ce genre ne sont pas aussi rares qu'on se le figure. Beaucoup d'observations intitulées *encéphalite hémorrhagique primitive* seraient, selon lui, relatives à des thromboses des sinus cérébraux. Les différences de lésions constatées à l'autopsie seraient tout simplement dues à la rapidité avec laquelle se forme la thrombose. Si la thrombose se forme lentement l'épanchement intraventriculaire sera abondant et sa pression sur les vaisseaux pourra prévenir l'hémorrhagie. Si la thrombose se développe rapidement, il en résultera, presque immédiatement, l'hémorrhagie et le ramollissement.

Quelle est la cause de cette thrombose chez les chlorotiques? La question est difficile et M. Kockel ne la résout pas. Il peut s'agir d'une thrombose véritable ou d'une phlébite liée à une infection secondaire.

De la tuberculose synoviale dans les articulations de l'homme, au point de vue anatomo-pathologique.

Kœnig a étudié environ trois cents cas de tuberculose synoviale obtenus, soit par résections, soit par amputations, et voici les conclusions auxquelles il est arrivé:

I. — La tuberculose synoviale provient, soit d'un foyer tuberculeux situé dans l'os et s'ouvrant dans l'articulation, soit d'un dépôt tuberculeux situé dans le sac synovial sans foyer préexistant dans le voisinage de l'articulation. En conséquence, il y a une variété de tuberculose qui affecte primitivement l'os et secondairement la membrane synoviale, et il y a une forme synoviale primitive de la tuberculose. Toutes les deux débutent avec une exsudation séro fibrineuse. La dernière n'est pas une forme spéciale de tuberculose synoviale, mais c'est le premier stade de cette maladie.

II. — Cette forme de la tuberculose peut subir une résolution sans laisser de changement prononcé dans l'articulation malade. Généralement, le processus morbide ne s'arrête pas là. La fibrine est en partie déposée dans le liquide synovial dans toutes les formes de la maladie; mais, la plus grande portion de la fibrine reste adhérente à la membrane synoviale et à des parties des surfaces cartilagineuses. Dans certains points même, elle se dépose en quantité plus grande encore. Il se forme ensuite des couches successives qui en augmentent l'épaisseur. Cette fibrine subit une organisation qui se prononce d'autant mieux que ses couches ont augmenté d'épaisseur. Cette organisation se fait sous l'influence de vaisseaux venus de la membrane synoviale. Quant aux collections fibrineuses que l'on voit sur les surfaces cartilagineuses, leurs vaisseaux proviennent du bord de l'insertion de la membrane synoviale. Suivant l'importance des vaisseaux il se forme un dépôt de cellules autour desquelles on observe bientôt des cellules géantes. De l'étendue de cette transformation cellulaire et de la masse de la nouvelle formation résulte le caractère du tissu: est-il fongueux, caséeux, granuleux, fibrineux, ou bien s'est-il formé une collection purulente? En même temps, le mouvement de l'articulation et la pression qui s'exerce sur ce tissu de nouvelle formation déterminent la forme que prendront les dépôts de lymphe (agglomération en masses, dépôts superficiels sur les surfaces libres de l'articulation; formation de grains riziformes, etc., etc.).

Aussi longtemps que le mal va croissant, on trouve sur la surface des nouvelles formations une couche de fibrine organisée comme il a été dit plus haut. C'est le tissu nouvellement formé et non pas la membrane synoviale dégénérée qui forme les fongosités et les dépôts granuleux. C'est là que l'on trouve principalement les tubercules; le cartilage et l'os ne sont infectés que secondairement.

III. — Dans ce tissu se passent les transformations d'où résultera la destruction ou la guérison de l'articulation. La

destruction s'en prend d'abord aux surfaces articulaires partout où des couches de tissu nouveau se sont formées et organisées. Ces dépôts fibrineux se changent plus tard en tissu granuleux.

L'étude microscopique montre que, dans le processus destructif, le cartilage d'abord indemne est ensuite détruit par les granulations. Il n'est nullement nécessaire que ces granulations renferment des tubercules, car, après une hémorrhagie dans une articulation, il se présente des conditions absolument semblables où la fibrine du sang se dépose sur les surfaces cartilagineuses. Lorsque le cartilage a été détruit, l'os est attaqué. Cela se passe régulièrement dans certains endroits types. Toutes les investigations devront désormais viser la détermination de ces points tuberculeux primitifs de l'os. Le nombre de ces cas de tuberculose est certainement plus petit qu'on ne l'avait d'abord supposé. Non seulement l'os et le cartilage peuvent être détruits, consécutivement au processus qui a débuté dans l'intérieur de l'articulation, mais une ostéomyélite peut affecter les extrémités subchondrales de l'os et les granulations qui en résultent séparer le cartilage de l'os. Cette ostéite granuleuse n'est pas régulièrement tuberculeuse, mais elle est portée à coexister avec la tuberculose. Finalement, on démontre que la guérison de la tuberculose articulaire se fait au milieu de la cicatrisation et de la contraction de la fibrine organisée. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1894, n° 22.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 septembre.

De la mortalité des enfants placés en nourrice en province.

M. Charpentier lit, à l'occasion d'un travail de M. Lédé (de Paris) sur ce sujet (Voir *Gazette médicale*, 1894, n° 35, page 417), un rapport dont voici le résumé :

Le travail de M. Lédé peut être divisé en trois parties : l'une a trait à la statistique proprement dite ; l'autre à la protection des nourrices ; la troisième à la protection des enfants exportés.

M. Lédé propose, pour obvier au défaut d'unité de la statistique de la mortalité infantile dans les différents départements, la création d'un bureau central de statistique et de comptabilité infantiles. Le rapporteur estime, au contraire, que la mortalité des nourrissons étant due, comme on le sait, surtout à la fréquence des affections gastro-intestinales et aux maladies des voies respiratoires, les efforts de l'administration doivent tendre à supprimer plutôt qu'à enregistrer les causes de cette mortalité.

Dans la deuxième partie de son travail, relative à la protection des nourrices, M. Lédé conclut à la nécessité de créer un office spécial de nourrices dans les grands centres. Cette création n'empêcherait pas, d'après M. Charpentier, les abus inhérents aux bureaux de placement, tels qu'ils existent aujourd'hui.

Il existe un certain nombre de villes, cantons et communes où quelques médecins soucieux de la protection de l'enfance ont cherché à centraliser le placement des nourrices de ces villes, cantons et communes. Les renseignements sur les nourrices qui désirent se placer, sur leurs familles, leurs enfants, leurs nourrissons antérieurs, sont adressés collectivement à l'un d'eux. C'est lui qui délivre le certificat médical ; c'est à lui que l'on s'adresse quand on veut avoir une nourrice ; on trouve ainsi près de lui une garantie sanitaire et morale, et les résultats obtenus jusqu'à présent semblent être des plus satisfaisants.

Il y aurait lieu, d'après M. Charpentier, d'encourager ces efforts dus à l'initiative et à la bonne volonté de quelques-uns de nos confrères, et c'est dans cette voie bien plus que dans la création d'un Office central des nourrices qu'il faut chercher le remède.

Enfin, dans la troisième partie de son travail, M. Lédé propose, pour diminuer la mortalité des enfants exportés, de créer un service spécial de médecins inspecteurs chargés d'aller dans les grands centres se rendre compte de l'état de ces enfants.

Cette création paraît encore inutile au rapporteur, la protection des enfants exportés rentrant absolument dans le service de la protection générale de l'enfance. Il n'est pas besoin de créer des inspecteurs spéciaux pour les nourrissons exportés, alors qu'il existe déjà des inspecteurs départementaux, des inspecteurs des enfants assistés et des médecins chargés du service de la protection de l'enfance.

Le meilleurs moyen de diminuer la mortalité infantile de la première année, qu'il s'agisse d'enfants exportés ou non, c'est de les soumettre à une surveillance médicale plus fréquente et plus rigoureuse et d'engager les médecins chargés de cette surveillance à se montrer plus sévères dans l'application de la loi Roussel et, puisqu'on leur demandera plus d'efforts, de les rémunérer plus largement.

Trois cas de mort subite en vélocipède.

M. L.-H. Petit signale trois cas de mort subite survenue, au cours d'exercices vélocipédiques, chez des individus atteints d'affection cardiaque.

Le premier cas est relatif à un homme de soixante-cinq ans, qui s'exerçait depuis un mois à monter à bicyclette, et qui mourut dans les bras de son professeur en descendant de sa machine.

Le second cas concerne un médecin âgé de quarante-huit ans, qui, pris d'embonpoint à la suite d'une fièvre typhoïde, voulut combattre cet embonpoint par des exercices de vélocipède. Jamais il ne s'était plaint de troubles du côté du cœur, lorsqu'au bout de plusieurs mois de courses en vélocipède, il fut pris subitement d'essoufflement, d'une douleur excessive dans la région cardiaque qui l'obligèrent à descendre de sa machine ; il s'assit sur un banc où il mourut quelques instants après.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agit d'un clubman qui expira sur sa bicyclette dans une des rues de Paris ; lui aussi, d'après les renseignements fournis, était atteint d'une maladie de cœur. Il était âgé d'environ quarante ans.

L'orateur tire de ces faits les conclusions suivantes :

1° Les maladies du cœur constituent une contre-indication formelle à l'usage de la bicyclette ;

2° On peut considérer également la vieillesse comme une contre-indication à cet exercice ;

3° Les cardiaques, les vieillards qui s'y adonnent s'exposent à des accidents graves, qui peuvent même être mortels.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Tumeur embryonnaire du muscle strié.

M. Bérard, interne des hôpitaux, présente une pièce provenant du service de M. Vincent à la Charité.

C'est une tumeur intéressante à la fois par son évolution et par sa nature. Le petit malade, qui en était porteur, fut observé pour la première fois, il y a dix-huit mois ; il était alors âgé de 2 ans. A cette époque, le néoplasme, de la grosseur d'une noix, de consistance ferme, occupait la région lombaire, un peu à droite de la deuxième vertèbre, avec l'apophyse transverse de laquelle il présentait quelques adhérences ; les téguments glissaient facilement au-dessus et on put l'énucléer sous une simple anesthésie locale. L'examen histologique ne fut pas pratiqué. Six mois après, récidive locale sous forme de tumeur adhérente aux téguments et aux plans profonds, du volume d'une orange, qu'on ne peut extirper devant la défense expresse des parents.

Enfin, le 25 mai dernier, l'enfant est revu de nouveau, il est

porteur d'une énorme masse, de consistance inégale, ayant acquis depuis quelques semaines le volume d'une tête de fœtus à terme, faisant corps avec la masse sacro-lombaire et masquant la saillie des apophyses épineuses qui s'étendent de la première dorsale à la deuxième sacrée; à cheval sur la crête iliaque, elle envoie du côté de l'abdomen deux prolongements arrondis, du volume d'un œuf, probablement sous-péritonéaux. La peau, vascularisée, violacée, ulcérée sur 5 ou 6 centimètres carrés, est adhérente aux bords de l'ulcération dont le fond sanieux et bourgeonnant saigne au moindre contact. C'est pour remédier à ces hémorrhagies répétées, qui ont amené chez l'enfant un degré d'anémie extrême, que la famille réclame une intervention opératoire. L'aspect clinique est celui du sarcome : souffle, battements, température locale à 39°. Depuis quelque temps il y a de la parésie flasque des membres inférieurs sans troubles nets de la sensibilité. Pas de noyaux de généralisation perceptibles, par de troubles fonctionnels digestifs ou vésico-rectaux.

Le 26 mai, ablation au thermocautère de la masse principale externe; grâce à la compression et à la forcipressure méthodique, la perte de sang est peu considérable. On arrive ainsi sur les deux prolongements sons-péritonéaux qui paraissent peu adhérents et que l'on peut enlever par morcellements; le plus profond est contigu à la loge rénale et à la veine cave que l'on aperçoit dans le fond de la plaie.

A ce moment, suintement sanguin assez abondant que l'on tarit par un tamponnement à la gaze iodoformée. Le péritoine, déchiré en un point très limité au cours de ces manœuvres, est suturé. On abrase très rapidement les portions envahies des muscles sacro-lombaires sans pouvoir tout enlever, car l'état du petit opéré devient inquiétant; par des injections d'éther, la respiration artificielle, on arrive à le remonter; transporté dans son lit, il reprend connaissance, mais la mort se produit néanmoins dans la journée. L'autopsie n'a pu être faite.

La tumeur, dans son ensemble, pèse 1,020 grammes; à la coupe la masse principale, blanche, assez dure, très vasculaire, compacte, a l'apparence d'un fibro-sarcome; les prolongements sous-péritonéaux sont plus mous; l'un d'eux renferme de petits kystes d'où s'écoule un liquide séreux.

Des coupes sont pratiquées dans les portions les plus fibreuses et les plus molles; après durcissement à l'alcool, coloration au picro-carmin. A un faible grossissement les préparations offrent l'aspect caractéristique du sarcome: amas de cellules à noyaux embryonnaires disséminées dans un stroma conjonctif, lacunes vasculaires sans parois adultes. Mais, avec l'objectif 7, on reconnaît que l'interprétation est beaucoup plus complexe. Pour M. Bard, à l'examen de qui les préparations ont été soumises, on se trouve en présence d'une tumeur embryonnaire du muscle strié ou rhobdomyome malin, avec caillots d'organisation à l'intérieur. Ces tumeurs, dont M. Bard a observé six ou huit cas, sont toujours très vasculaires et on les reconnaît à des amas de noyaux jeunes, se colorant vivement au picro-carmin, disséminés ou tassés dans des nattes de protoplasma sans contours cellulaires distincts pour chaque noyau, ainsi qu'on l'observe aux premiers stades de développement du muscle strié.

Luxation sus-acromiale de la clavicule traitée par la suture.

M. ALEX, interne des hôpitaux, présente une malade opérée par M. Vallas pour une luxation acromio-claviculaire sus-acromiale. Une incision de 7 à 8 centimètres prolongeant la bissextrice du creux sus-claviculaire montra une luxation complète avec destruction des ligaments acromio-claviculaires. Les os dénudés furent réunis par une suture métallique.

Après vingt jours dans un appareil plâtré, la réunion était parfaite. Les mouvements étaient possibles, sauf un peu de limitation de l'abducteur.

M. VALLAS. — Ces luxations se réduisent très facilement, mais leur contention est difficile. L'opération immédiate a déjà été faite plusieurs fois, mais avec résection de l'extrémité externe de la clavicule.

Dans ce cas, bien que les cartilages aient été conservés, le résultat a été une ankylose complète. Néanmoins le malade a un usage à peu près complet de son membre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Péritonite non puerpérale pendant la puerpéralité.

Dans le cas communiqué par M. ALPH. HERRGOTT, il s'agit d'une femme enceinte pour la huitième fois et qui en est arrivée, le 14 février 1894, à la deuxième partie du neuvième mois. Elle entre à l'hôpital à cause d'une diarrhée intense dont elle souffre depuis une dizaine de jours. Elle dit qu'elle a eu une diarrhée semblable à la fin de toutes ses grossesses antérieures.

Cette femme, d'un aspect très cachectique, suivit un traitement approprié (lait, salicylate de bismuth, benzonaphtol, opium, etc.) qui amena une amélioration notable dans son état.

Le 21 février, elle perd les eaux et accouche à dix heures du soir d'une fille en O. I. G. A. pesant 3,310 gr. Le troisième jour de ses couches, les lochies étant devenues fétides, malgré les injections vaginales au permanganate, on fit plusieurs injections intra-utérines qui ramenèrent une certaine quantité de sang altéré qui avait séjourné dans la cavité utérine dont l'involution se faisait mal. Le sixième jour, l'uterus s'élevait encore à 14 centimètres au-dessus du pubis. Les selles redevenant plus fétides et plus nombreuses, on insista de nouveau sur le traitement précédemment suivi et on donna également des lavements boriqués. Les lochies redevinrent normales, les selles moins abondantes et la température, élevée à 38° 5, retomba à 37° 5. Le onzième jour, son état semblait relativement satisfaisant, lorsque la température s'éleva de nouveau à 39° 6; le pouls devint petit et fréquent et, signe important, la malade commença à vomir. Le ventre se ballonna et, comme la paroi abdominale était très émaciée, on pouvait suivre le contour des anses intestinales considérablement distendues.

Fait à remarquer, la malade avait la langue humide, elle ne se plaignait pas de céphalalgie et n'accusait aucune douleur vive à la pression abdominale. On fit des applications de collodion sur la paroi abdominale, mais le ballonnement augmentant sans cesse, il ne fut bientôt plus possible de suivre le contour des anses intestinales. La situation s'aggrava de plus en plus, et le 10 mars, le dix-septième jour de ses couches, la malade succombait des suites d'une péritonite.

A l'autopsie, on constata, dès l'ouverture de l'abdomen et du péritoine, l'exhalation de gaz extrêmement fétide et l'affaissement subit du ventre. Le péritoine était congestionné et les anses intestinales étaient fixées par des adhérences d'origine récente. L'utérus était à sa place derrière le pubis, il mesurait 13 centimètres de hauteur, 10 de largeur; le fond mesurait 1 centimètre et demi d'épaisseur. On voyait très nettement au fond et à gauche la surface d'insertion placentaire qui était couverte de bourgeons.

Il n'y avait rien dans les lymphatiques utérins ni dans les annexes. L'utérus était donc parfaitement sain.

L'intestin grêle était normal, il était seulement congestionné surtout à l'extrémité de l'iléon.

Mais le gros intestin était énormément dilaté et extrêmement friable; il perdait son gaz par plusieurs perforations.

Ouvert sur toute sa longueur, on constatait sur toute sa surface un semis confluent d'ulcérations à toutes les périodes ainsi que plusieurs perforations.

La partie du côlon avoisinant le rectum présentait des traces de plusieurs ulcérations qui étaient cicatrisées.

Les poumons étaient sains.

Cette femme qui ne présentait aucune trace d'infection puerpérale avait donc succombé à une entéro-colite ulcéreuse avec perforations, qui avait déterminé une péritonite mortelle.

M. A. Herrgot insiste sur les erreurs de diagnostic que le méde-

cin pouvait commettre, alors que les antécédents donnés par la malade qui n'avait pas eu d'entérorrhagie n'étaient pas de nature à lui permettre de supposer l'existence de lésions aussi graves et aussi étendues au niveau du gros intestin, et il montre avec quelle facilité un pareil cas pouvait être confondu, si on n'avait pas fait l'autopsie, avec une infection puerpérale de la nature de celles que l'on a tout récemment considérées comme étant dues à des infections puerpérales inévitables. (*La Médecine Moderne.*)

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Ecole de médecine de Marseille.

Un concours s'ouvrira le 4 février 1895 pour l'emploi de chef des travaux anatomiques.

La mortalité à Paris.

Il y a eu à Paris, du 2 au 8 septembre, 693 décès seulement, au lieu de 761 enregistrés pendant la semaine précédente et de 991, moyenne des semaines de septembre durant les 5 dernières années.

Depuis 1880, c'est-à-dire depuis que la mortalité parisienne fait l'objet d'un compte rendu hebdomadaire, le nombre des décès n'était jamais descendu au-dessous de 764; les chiffres des 34e et 35e semaines (765 et 761 décès) étaient très voisins de ce chiffre minimum, mais les résultats de la semaine actuelle sont bien plus favorables encore et le rapport des décédés aux vivants s'est abaissé à 14.8 pour 1,000. Presque toutes les maladies bénéficient de cette diminution générale de la mortalité. Les maladies épidémiques, en particulier, présentent une remarquable rareté, toutes ont des chiffres inférieurs à la normale.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès (au lieu de 6 et de la moyenne 16); la variole, 1 décès pendant chacune des deux dernières semaines (au lieu de la moyenne 2); la rougeole, 2 décès (au lieu de 6 et de la moyenne 15); la coqueluche, 5 décès pendant chacune des deux dernières semaines (au lieu de la moyenne 7), et enfin la diphtérie, 12 décès (au lieu de 14 et de la moyenne 21). Depuis deux semaines, la scarlatine n'a fait aucune victime. La diarrhée infantile (athrepsie, etc.) présente une augmentation assez sensible, 80 décès (au lieu de 67), mais elle continue à se maintenir au-dessus de la normale (115). En outre, 24 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 52 décès (au lieu de 59 pendant la semaine précédente et au lieu de 74, moyenne ordinaire de la saison), dont 20 dus à la pneumonie (au lieu de la moyenne 25). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 18 décès, dont 11 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 142 décès (au lieu de la moyenne 175); la méningite tuberculeuse, 11 décès; la méningite simple, 26 décès; les tuberculoses, autres que celles qui précèdent, ont causé 24 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 43 décès, et les maladies organiques du cœur, 36. Le cancer a fait périr 40 personnes. Enfin, 25 vieillards sont morts de débilité sénile.

Manœuvres du corps de santé militaire.

Le service de santé, nous l'avons déjà annoncé, doit exécuter en 1894 des exercices spéciaux auxquels prendront part les médecins de réserve et de l'armée territoriale. On sait que, pour le gouvernement de Paris, les manœuvres et conférences doivent avoir lieu, à Versailles et aux environs, du 8 au 12 octobre prochain.

C'est le général Thiou qui aura la surveillance générale des opérations. La direction technique des exercices sera confiée à M. Laederich, médecin principal de première classe et directeur du service de santé du 3e corps d'armée.

Les troupes figureront une division et seront sous les ordres du colonel Delane; elles auront pour médecin divisionnaire le médecin principal Delorme, du Val-de-Grâce. Elles formeront une importance numérique de 1,500 hommes d'infanterie et de trois batteries d'artillerie à six pièces.

Voici, du reste, tel qu'il est arrêté aujourd'hui, le programme que l'on nous communique et que l'on se propose de suivre.

Lundi 8 et mardi 9 octobre, conférences à huit heures et demie et à deux heures.

Mercredi 10 octobre, manœuvres.

Jeudi 11 octobre, dans la matinée, fonctionnement de l'hôpital d'évacuation; dans la soirée, formation d'un train sanitaire improvisé.

Vendredi 12 octobre, le matin, embarquement de l'ambulance divisionnaire; le soir, à deux heures, critique des opérations par le médecin directeur technique.

Les médecins de réserve et de l'armée territoriale ressortissant du gouvernement de Paris seront admis, en tenue militaire, à suivre les conférences et les exercices pratiques de ces manœuvres.

Le paludisme en Vendée.

Le dimanche 2 septembre, M. Barthou, ministre des travaux publics, a inauguré les travaux maritimes exécutés dans le havre de la Gachère, près des Sables d'Olonne, pour assainir cette région très marécageuse. A cette cérémonie officielle assistait M. le professeur Grimaux, membre de l'Institut, dont les travaux ont surtout appelé l'attention sur l'extrême fréquence des fièvres paludéennes dans cette partie de la Vendée et sur l'urgence qu'il y avait à entreprendre les travaux destinés à les faire disparaître. C'est actuellement chose faite grâce aux travaux entrepris par M. Dou, ingénieur des ponts et chaussées, qui, à cette occasion, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Parmi les autres distinctions accordées par le ministre à cette occasion, citons les palmes d'officier d'Académie données à notre confrère le Dr Gustin, de Noirmoutier.

Corps de santé militaire.

MM. Nogier, médecin principal de 1re classe, adjoint au directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, est désigné pour la direction du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps; Morisson, médecin principal de 1re classe, médecin chef de la place et de l'hôpital militaire de Lille, est désigné pour l'hôpital militaire de Vincennes (médecin chef); Laveran, médecin principal de 1re classe, professeur à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaire de Paris, est désigné pour la place et l'hôpital militaire de Lille (médecin chef); Oberlin, médecin principal de 2e classe, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angers, est désigné pour être adjoint au directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris; Desmonceaux, médecin principal de 2e classe, médecin chef de l'hôpital militaire de Bourges, est désigné pour l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr (médecin chef); C.-P.-B. Benoît, médecin principal de 2e classe, médecin chef à l'École spéciale militaire de Saint-Cyr est désigné pour l'hôpital militaire de Versailles.

M. Delachaise, sous-intendant militaire de 1re classe, directeur du service de l'intendance de la division d'Alger, a été désigné pour le Mans.

M. Delpech. sous-intendant militaire de 1re classe au Mans, a été nommé directeur du service de l'intendance de la division d'Alger.

Distinctions honorifiques.

Ont été nommés dans l'ordre impérial de l'Annam : *Au grade d'officier :* MM. Menier, méd. de 1re cl. au 3e tonk.; de Schultelaere, méd. de 2e cl. au bat. étrang. (Siam). — *Au grade de chevalier :* MM. Duville, méd. de 1re cl.; Aurégan, méd. de 2e cl., au 1er tonkinois; Mourron, méd. de 2e cl. au 2e tonk.; Toulon, méd. de 2e classe au 3e tonk.

Dans l'ordre royal du Cambodge : *Au grade d'officier :* MM. Fruitet, méd. maj. de 1re cl. au 1er tonk.; Bosc, méd. maj. de 2e cl. au 2e bat. étr.

L'abus des spécialités pharmaceutiques en Allemagne.

L'auteur de cet article fait ressortir le tort que cause à la santé publique l'abus des spécialités pharmaceutiques que leurs inventeurs recommandent pour toutes les maladies imaginables. Le malade entreprend de se traiter lui même, souvent en dépit du bon

sens ; il soigne de même ses parents et ses amis, et souvent, lorsque le médecin est appelé, la maladie a fait des progrès et le traitement rationel est impuissant. L'auteur propose de n'autoriser la vente que des seules spécialités expérimentées et approuvées dans les hôpitaux. Il voudrait également qu'elles ne fussent livrées au public que sur ordonnance de médecin et dans les flacons qui servent d'ordinaire aux préparations officinales, sans être accompagnées d'aucune réclame élogieuse du fabricant.

La répartition du personnel médical français.

Le rapport que l'Office du travail vient de publier contient, entre autres renseignements utiles, le suivant : le groupe des professions libérales (clergé, justice, médecine, enseignement, belles-lettres et art) varie peu d'importance d'un département à l'autre. Ses membres sont rares dans le Cher, l'Indre, la Nièvre et la Bretagne. Par contre, c'est dans les départements du littoral méditerranéen que les médecins et les avocats sont les plus nombreux.

Création d'un asile d'aliénées à Bordeaux.

Le Conseil général de la Gironde vient d'approuver le projet de la création, à l'asile des aliénées de Bordeaux, d'un quartier spécial pour les jeunes idiots, sous la réserve que deux lits seraient consacrés exclusivement aux idiotes indigentes. Il a affecté à cette œuvre, dont la création était si impatiemment attendue, le montant du legs Genin.

Une proposition de M. Clouzet demandant, comme complément au vote ci-dessus, qu'il soit créé un asile pour les idiots et les épileptiques simples adultes, a été également adoptée par le Conseil général.

Dans sa séance du 3 septembre, le Conseil général a voté le renvoi à l'administration départementale, avec prière de le recommander à l'administration des hospices de Bordeaux, d'un vœu de M. Bernard, relatif à l'agrandissement de l'hospice de Pellegrin et au vote d'un crédit de 100,000 fr. pour cet objet.

Dans cette même séance, le Conseil général, sur la proposition de M. Chabrely, a voté une subvention de 500 fr. à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.

Une subvention de 500 fr. a été également allouée à la Société des Ambulances urbaines de Bordeaux.

L'organisation de la presse médicale allemande.

La *Deutsche mediz. Wochenschrift* propose de fonder une Association de la presse médicale d'Allemagne, d'Autriche et de la Suisse allemande, sur le modèle du syndicat de la presse médicale française. Ce projet paraît destiné à se réaliser dans un bref délai.

Procès à un médecin.

Un médecin appelé pour un accouchement, après d'inutiles tentatives de forceps, fit une craniotomie avec le crochet de Braun. Un confrère l'assistait. Dans l'opération, il glissa si malheureusement qu'il blessa la parturiente; celle-ci mourut peu après.

La famille poursuivit l'opérateur devant les tribunaux, l'accusant de s'être servi d'un instrument suranné qui n'est plus en usage, et d'avoir ainsi, par son imprudence et sa maladresse, causé la mort de la malade. Le médecin contestait que la blessure fût le résultat de son mode d'intervention ; il disait n'avoir pas eu à sa disposition d'autre instrument pour tenter de sauver la parturiente qui, abandonnée à elle-même, aurait certainement succombé. Deux experts confirmèrent les explications du médecin qui fut acquitté par le tribunal. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung.*)

Fédération liégeoise des Syndicats médicaux.

Dans sa séance du 23 juin, cette Société a pris un certain nombre de résolutions intéressantes. Nous noterons seulement la suivante qui a trait à une question qui a été soulevée récemment dans une Société médicale de Paris. Il s'agit de la délivrance des certificats dans les services des indigents. La fédération engage les chefs et adjoints de service à ne délivrer que des *certificats administratifs*. Il s'agit, par exemple, de certificats de vaccin ou de rentrée à l'école, ou de pièces indiquant la date d'entrée ou celle de sortie à l'hôpital. Le médecin peut, dans certains cas, mettre le diagnostic de la maladie s'il le juge utile.

Comme il est inutile de favoriser les Compagnies qui vivent aux dépens du public, on décide de ne pas délivrer à l'hôpital des certificats d'assurances. Il en est de même des certificats destinés aux revendications judiciaires, qui ne seront délivrés aussi que dans le cabinet du médecin.

L'enseignement de la médecine en Chine.

Le *Daily News* apprend que Li-Hung-Chang vient de fonder une nouvelle école de médecine à Tien-Tsin, dans laquelle les étudiants chinois recevront l'enseignement de professeurs anglais et seront mis en état de remplir les fonctions de chirurgiens militaires. Une vingtaine de jeunes gens parlant anglais ont été amenés de Sang-haï pour être inscrits sur les registres de cette faculté qui sera divisée en deux classes, une cadette et une aînée.

Démographie française.

Le récent volume que l'Office du travail vient de publier donne une étude intéressante des statistiques fournies par le dénombrement de 1891.

Au 12 avril 1891, il y avait en France 38,343,192 habitants au lieu de 28,218,903 en 1886. Eu égard aux régions du Centre et du Nord, cet accroissement se compense par une diminution dans l'Est, le Sud-Ouest et l'Ouest.

Il y a un changement dans le rapport de la population rurale avec celui de la population urbaine. En 1886, il y avait 13,766,508 urbains et 24,452,395 ruraux. En 1891, on trouve 14,311,292 des premiers et 24,031,900 des seconds.

Les sexes sont représentés par les chiffres suivants : individus du sexe masculin, 18,932,354; individus du sexe féminin, 19,201,031; les femmes, en majorité en Normandie, en Bretagne, dans l'Ouest, le Centre et à Paris, sont en minorité dans les départements de l'Est, depuis les Ardennes jusqu'aux Alpes-Maritimes.

Ces statistiques fournissent quelques renseignements intéressants sur la natalité. Les départements où elle est élevée (Finistère, Hautes-Alpes), sont ceux où est la fécondité médiocre pendant les deux premières années du mariage. Ceux où la natalité générale est la plus faible, Eure, Jura, Vaucluse, Corse, présentent des enfants très peu de temps après le mariage ; mais c'est une fécondité passagère.

La dépopulation.

Le Conseil général des Vosges a émis le vœu que, vu la dépopulation de la France, les jeunes gens mariés avant l'appel sous les drapeaux, ayant des enfants, puis les soldats mariés sans enfants, bénéficient de renvois anticipés.

Syndicat des médecins de la Seine.

Voici les demandes formulées aux dernières réunions du syndicat :

1° Des ressources nouvelles seront créées par l'économie sur les dépenses de pharmacie et de convalescence ;

2° Le concours des syndicats médicaux sera utilisé pour cette réforme ;

3° Les honoraires médicaux seront relevés et la promesse du regretté Maze sera tenue ;

4° Les honoraires seront établis d'après le système à la visite et modifiés selon les exigences du service ;

5° Nulle personne, notoirement aisée ou ayant des gens à gage, ne pourra bénéficier du service médical dans une Société de secours mutuels;

6° Tout médecin de Société sera Français de naissance et membre d'un syndicat ;

7° Les réformes dans le service médical devront être applicables dans les Sociétés anciennes au fur et à mesure de la disparition des titulaires actuels, par suite de mort, de démission ou de toute autre cause.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie Schiller, 10, rue du Faubourg-Montmartre.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Considérations étiologiques et séméiologiques sur la dysphagie.

Par H. Ripault, interne de la clinique laryngologique de l'hôpital Lariboisière.

La dysphagie varie depuis une certaine difficulté jusqu'à l'impossibilité à peu près complète de la déglutition ; franchement douloureuse chez les uns, elle est réduite chez d'autres à une simple gêne, une constriction plus ou moins prononcée.

A ces différences cliniques du symptôme répondent des causes si diverses, un point de départ même si variable, qu'une classification véritable, absolument conforme d'ailleurs aux besoins de la clinique, s'impose.

L'isthme du gosier, où se passe le premier temps de la déglutition, et si souvent en cause, mérite tout d'abord de concentrer toute notre attention ; les diverses parties qui le constituent doivent donc être examinées soigneusement, à la lumière directe, pourvu qu'elle soit suffisante, ou à l'aide de la lumière artificielle réfléchie par le miroir frontal, qui fait mieux apprécier les détails.

A. *Voile et piliers.* — Le bon fonctionnement du voile, indispensable à l'intégrité de l'acte de la déglutition, peut être entravé de plusieurs manières. Le voile peut n'être que parésié, souvent alors comprimé par quelque tumeur du pharynx nasal (polype naso-pharyngien...) ; ou franchement paralysé : à la suite d'angine antérieure, diphtérie..., du fait de l'hystérie ou d'une affection nerveuse organique (toutes causes relevant de l'interrogatoire et de l'examen général) ; on est averti de l'origine des accidents dysphagiques dans ces circonstances par le timbre nasillard spécial de la voix, joint au reflux par le nez des liquides pris en certaine quantité ; l'inertie spontanée et réflexe confirme un diagnostic dont la difficulté ne saurait exister que pour un simple degré de parésie délicat à reconnaître ; la dysphagie, dans ces conditions, peut devenir extrême à la suite de diphtérie, c'est qu'alors à la paralysie du voile se joint une lésion de même ordre du pharynx ; l'alimentation à l'aide de la sonde œsophagienne s'impose comme moyen de traitement.

Il n'est point rare d'autre part de trouver des adhérences plus ou moins étendues, plus ou moins serrées entre le pharynx et le bord libre du voile ou les piliers postérieurs, créant des sténoses cicatricielles susceptibles d'entraver beaucoup le passage des aliments ; ces rétrécissements relèvent d'interventions chirurgicales plus ou moins efficaces, parmi lesquelles nous devons placer la perforation artificielle du voile (Cartaz) ; de telles lésions rappellent la syphilis tertiaire habituellement, quoiqu'on puisse observer des faits analogues d'origine congénitale (Garel).

Dans les cas de perforation, le malade accuse moins de la dysphagie que le reflux nasal des liquides, à moins que le processus n'ait intéressé simultanément le pharynx, ce qui n'est pas fait exceptionnel ; on est alors mis directement sur la voie.

Les infiltrations gommeuses qui précèdent la perforation peuvent être très difficiles à distinguer à premier examen des suppurations de l'amygdale tendant à se faire jour par le voile (Gouguenheim) ; précisément l'acuité médiocre des phénomènes dysphagiques, jointe d'autre part à la discordance entre accidents généraux et troubles locaux, pourra dissiper une erreur toujours fâcheuse pour le patient.

Nous retrouvons au premier plan la dysphagie dans la symptomatologie des ulcérations du voile ; elle est même de quelque importance pour leur diagnostic différentiel, car, tandis que la douleur en avalant est d'ordinaire vive et tenace chez les tuberculeux, elle est au contraire très atténuée chez les syphilitiques atteints par les accidents tertiaires, sauf cas de lésion diffuse, phagédénique, ou d'hybridité morbide (syphilo-tuberculose. — Fournier, Lancereaux). Bornons-nous à rappeler l'indolence ordinaire aux ulcérations d'origine lupique, au rhinosclérôme.

Dès le début, plus rarement à une période quelque peu avancée, les typhiques souffriront en avalant ; il importe d'avoir présent à l'esprit ce pharyngo-typhus dont les ulcérations, petites, taillées à l'emporte-pièce, occupant avec prédilection les piliers antérieurs, ont fort peu de tendance, *sauf* état général mauvais, à creuser et à diffuser ; leur dia-

gnostic est important à faire, il peut servir à celui de l'affection génératrice; leur pronostic (Duguet) n'est point grave, ni surtout fatal, comme l'ont avancé Bayer et Wouillemer.

Peu d'affections s'accompagneront aussi ordinairement de dysphagie que les accidents secondaires de la syphilis du côté de la gorge, au point que M. Garel a pu dire récemment que toute dysphagie ayant plus de trois semaines de durée devait faire songer à la spécificité; mais la douleur est ordinairement atténuée et très supportable.

Ce ne sont pas tant les lésions de l'amygdale proprement dites que celles des piliers, zônes beaucoup plus sensibles, qui s'accompagneront de douleurs; avant la période ulcéreuse, alors qu'existe seulement cette teinte, ce liseré rouge sombre carminé du bord libre du voile et des piliers, le malade souffre déjà, mais peu; plus tard, la douleur s'accroît avec retentissement du côté des oreilles, au point de gêner l'alimentation et de contribuer au dépérissement des malades; on trouve alors les érosions, puis les ulcérations caractéristiques dont certaines peuvent être par leur petitesse, leur siège (partie déclive des piliers postérieurs, union de la langue et des piliers antérieurs...) délicates à reconnaître et à traiter; il ne nous appartient pas ici de revenir sur leurs caractères particuliers, nous bornant à rappeler seulement les ulcérations en coup d'ongle des piliers antérieurs, à elles seules pathognomoniques, et extrêmement douloureuses toujours.

Les petites tumeurs (papillômes, kystes), développées sur les piliers, peuvent provoquer à un moment donné une certaine gêne de déglutition, du fait de l'irritation permanente à laquelle expose leur présence dans une région si sensible; les néoplasmes ulcérés provoquent, au contraire, des douleurs extrêmement vives.

L'examen direct rattachera sans peine à leur cause les douleurs occasionnées par les œdèmes de la luette, symptomatiques d'une lésion amygdalienne, parfois fort minime, ou idiopathiques (arthritiques, goutteux); les abcès, les néoplasmes de cet organe.

B. *Amygdales.* — Faut-il rappeler que la gêne à déglutir est une des principales raisons qui décident la plupart des malades porteurs d'amygdales hypertrophiées à se les faire enlever, d'autant plus que, dans ces conditions, des poussées aiguës se répètent pour la moindre cause, rendant excessive, quoique sans gravité, la difficulté habituelle à ces malades; chez l'enfant, la dysphagie en rapport avec des amygdalites à répétition, qui inquiètent si fort les parents, ne doit pas absorber l'attention, mais l'attirer vers la recherche des végétations adénoïdes, masquées par cette irritation facile de la gorge, dont elles sont précisément l'élément provocateur.

Chez un assez grand nombre de personnes, la dysphagie par son acuité n'est pas en rapport avec les lésions amygdaliennes observées; il n'y a pas lieu, l'examen ayant été soigneusement fait, de s'en étonner, et il importe de rassurer le patient à ce sujet; le bromure de potassium peut être, ici, un utile adjuvant.

Nous avons dit déjà que des plaques muqueuses des amygdales seules n'étaient que médiocrement douloureuses; il faudra donc chercher ailleurs quand les douleurs sont exagérées; d'autre part, les lésions secondaires se développent sur des amygdales hypertrophiées par le processus ou antérieurement à l'affection acquise, la gêne peut être excessive et nous avons vu plus d'une fois l'amputation des tonsilles, en pleine période d'accidents cependant, amener un prompt soulagement (Cornil).

L'amygdalite phlegmoneuse, l'abcès de l'amygdale s'accompagne dès le début, ou peu s'en faut (2e, 3e jour), d'une douleur de déglutition très accentuée, devenant bientôt atroce, intolérable, avec élancements paroxystiques du côté de l'oreille; l'intensité et les caractères de cette douleur peuvent faire deviner, dès le début, la marche que suivra la maladie; et ceux qui ont déjà été atteints ne s'y trompent point.

La douleur est telle que le patient peut être dans l'impossibilité de prendre un aliment quelconque; la déglutition de la salive est aussi difficile, le sommeil devient impossible; contre des accidents aussi violents, l'intervention doit donc être énergique et précoce, et non différée; il faut inciser de bonne heure, en dehors et un peu en haut du pilier antérieur, à moins que l'on ne soit encore incertain sur l'existence de la suppuration; la discision de l'amygdale peut produire, quand l'incision n'est pas nettement indiquée, un soulagement presque immédiat (Ruault); le salol, administré aux doses de 3 grammes par jour, donne aussi de bons résultats contre cette douleur toute particulière (Gougenheim, Capart).

Par leur développement considérable parfois, les tumeurs de l'amygdale (lympho-sarcômes...) entravent la déglutition à un point tel que des opérations palliatives, des ablations partielles s'imposent sous peine de laisser périr littéralement d'inanition le patient.

D'autre part, la dysphagie de ces néoplasmes ne s'accompagne de douleurs franches, aiguës, que si la tumeur est ulcérée, et a envahi les piliers; d'où indication immédiate sur l'évolution, déjà quelque peu ancienne à coup sûr, de l'affection, et les résultats probables de l'opération; enfin, le néoplasme peut être fort limité, siéger très bas; la dysphagie prendra place alors à bon droit parmi les signes révélateurs du diagnostic.

C. *Isthme et pharynx.* — L'inflammation généralisée aux diverses parties que nous venons d'étudier isolément, avec extension au pharynx buccal, prend le nom générique d'angine; la douleur de gorge en est le plus souvent l'élément révélateur et peut servir utilement à leur différenciation.

L'angine herpétique se distingue par l'intensité et la précocité de la douleur en avalant; par contre, dans nombre de cas c'est plutôt de la gêne qu'une douleur aiguë dont on souffre au début d'une angine diphtérique; c'est là un élément diagnostic auquel on ne manque point de s'adresser, quoiqu'il ne faille pas lui accorder une créance exagérée; la douleur peut apparaître plus tardivement, être excessive; sous les fausses membranes se cachent alors des ulcérations parfois très profondes, que nous avons vu détruire complètement les amygdales, et entamer fortement les piliers; la douleur persiste alors longtemps et prolonge beaucoup la convalescence (nous avons eu dernièrement à Lariboisière deux malades qui eurent ainsi grand'peine à s'alimenter et à se rétablir pendant deux et trois mois); il faut aussi tenir compte chez ces malades des accidents paralytiques précoces chez les uns (20e jour et moins encore), tardifs chez les autres (6 semaines, 2 mois).

La diphtérie se traite par les applications antiseptiques,

en même temps caustiques; d'où accroissement de la dysphagie, et inconvénients sérieux de la méthode; aussi a-t-on ajouté à l'agent actif, qui de la glycérine (Moizard), qui de l'huile de ricin (Gaucher).... pour lui faire perdre une partie de cette causticité; tous les cliniciens recommandent de faire les applications avec grande douceur, et en évitant de faire saigner la région atteinte, et de dépasser inutilement les limites du mal; enfin, les faisant suivre de grands lavages, pulvérisations.... Toutes ces précautions, capitales, sont basées sur les dangers de la dysphagie au point de vue de la nutrition de tels malades.

Il importe enfin de faire une large place à notre symptôme dans les angines ulcéreuses et gangréneuses relevant d'un mauvais état général, et qu'on a si souvent séparées à tort de la diphtérie maligne, jusqu'à Bretonneau.

L'érysipèle du pharynx est particulièrement douloureux, s'accompagne d'une sécheresse, d'une cuisson dont on peut se servir pour confirmer un diagnostic hésitant; au point de vue fonctionnel, l'angine scarlatineuse présente tellement de variantes que nous ne saurions tirer parti utilement de la dysphagie.

Il n'est point rare d'observer des malades accusant une douleur de gorge extrêmement pénible; la salive même ne peut être déglutie qu'au prix d'efforts réitérés; cependant, en y regardant de près, on ne voit qu'une rougeur et tuméfaction hors de proportion avec les sensations accusées par des patients, nullement exagérés dans leur dire; en tous ces cas il faut penser, avant tout, à l'arthritisme, au rhumatisme, et interroger avec grand soin au point de vue des antécédents, et des autres manifestations de la diathèse; cette fluxion rhumatismale, ou goutteuse, est des plus importantes à bien reconnaître pour instituer dès le début un traitement rationnel basé sur les spécifiques : salicylates, colchique.., et sur les dérivatifs cutanés, ou intestinaux, seuls utilisables.

Plus souvent encore on est en présence du fait clinique suivant. Un malade se présente, accusant des sensations fort pénibles du côté du pharynx, localisées parfois depuis assez longtems déjà en un point; le passage de la salive est même, fait à noter, plus difficile que celui d'un bol alimentaire de quelque volume; on pratique l'examen, on ne trouve rien d'anormal pour expliquer cette constriction, ces brûlures; d'autres fois cependant il existe des signes d'une pharyngite quelconque, mais où les troubles fonctionnels présentent une gravité peu habituelle; chez les premiers, il s'agit de nervosisme, de phénomènes purement psychiques: paresthésies pharyngées, doublées chez l'un d'hyperesthésie, chez l'autre d'un degré variable d'anesthésie de la région; chez les seconds, des prédisposés, sur une inflammation banale se greffe un état d'hypochondrie bien autrement important que la lésion ellemême; on est souvent mis sur le diagnostic de l'état neurasthénique par les exagérations des malades qui parlent de corps étrangers volumineux arrêtés dans leur gorge, d'élancements leur annonçant la formation d'abcès...; comme ces paresthésies peuvent se rattacher à des lésions pharyngées ou nasales, il est toujours bon de confier le malade à l'expérience d'un spécialiste qui peut atténuer, plus ou moins indirectement à vrai dire, des troubles si tenaces; il ne reste plus ensuite qu'à chercher à modifier le terrain nerveux et à combattre l'auto-suggestion du malade par des moyens bien incertains dans leurs résultats, mais à essayer avec persévérance.

Très indirectement, nous en rapprocherons en quelques mots les troubles graves de déglutition d'origine centrale : affections bulbaires aiguës ou chroniques, où le diagnostic s'aide des troubles concomitants de la mastication, de la phonation....., quand les troubles mentaux ne peuvent suffire à mettre sur la voie. N'oublions pas non plus les spasmes pharyngés du tétanos et de la rage, si caractéristiques.

Avant de quitter les dysphagies gutturales, rappelons qu'il n'est pas rare de se voir présenter de jeunes enfants dont la déglutition, en dehors de toute angine nette, est rendue presque impossible; d'un diagnostic précis peut dépendre cependant l'existence de l'enfant; il importe de penser alors à des masses d'adénoïdes que le doigt ira chercher dans le naso-pharynx, et qui par l'obstruction nasale qu'elles déterminent empêchent souvent l'enfant de prendre le sein; il s'agit dans d'autres cas d'abcès latéro ou rétro-pharyngiens, que seul un examen attentif, à l'aide de l'abaisse-langue, et surtout du doigt explorant rapidement tout le pharynx, permettra de constater et par suite de traiter assez à temps.

Cet abcès rétro ou latéro-pharyngien, nous pourrons avoir à le rencontrer à toute période de la vie, qu'il se rattache à une lésion vertébrale chez l'adulte, à une infection nasale chez l'enfant; nous n'avons pas à rappeler les signes classiques de cette grave affection, dont la dysphagie est à coup sûr le capital, mais seulement qu'on la confondra parfois avec une gomme ramollie de la paroi postérieure, faute d'avoir interrogé avec assez d'attention sur la marche des accidents, leur durée... ni songé à la possibilité d'une semblable lésion, à laquelle il suffit d'opposer l'iodure à hautes doses pour obtenir une guérison rapide. Vu leur rareté, nous ne pouvons que rappeler les tumeurs et ulcérations du pharynx; et ces rétrécissements inférieurs, répondant à la base de la langue, d'origine spécifique toujours, et dont le miroir laryngé peut seul révéler l'existence et les caractères au médecin avec certitude.

D. *Langue.* — Les lésions accessibles à l'examen direct ne nous arrêteront pas; nous ne parlerons que de celles occupant la portion verticale, intéressant le deuxième temps de la déglutition; leur diagnostic ne peut se faire qu'à l'aide du miroir laryngien placé en avant de la luette.

On reconnaîtra ainsi des ulcérations plus ou moins profondes, plus ou moins étendues, où il sera délicat de discerner l'épithélioma d'une gomme dans certains cas; l'examen permettra d'autre part de se rendre compte des limites apparentes du mal.

Sur la portion descendante de la langue s'étale une couche de follicules clos constituant la 4e amygdale, dont la pathologie a été l'objet de travaux nombreux.

Les amygdalites linguales sont le pendant des amygdalites palatines; tantôt elles s'associent à ces dernières, augmentant d'une manière, parfois inexpliquée jusqu'à ces derniers temps, les phénomènes douloureux accusés; tantôt elles évoluent isolément, représentant des amygdalites linguales catarrhales, folliculaires, phlegmoneuses (Simanowski); ces amygdalites et péri-amygdalites linguales suppurées (Ruault), parfois à répétition (Luc), sont des plus intéressantes à connaître, car elles résument la plus grande partie, sinon la totalité des abcès de la langue; elles produi-

sent une atroce dysphagie; et l'incision du foyer reconnu, sous le contrôle du miroir, est la seule manière de faire cesser les accidents.

Cette amygdale est atteinte souvent par le même processus que les autres amas lymphoïdes; elle s'hypertrophie, d'où des troubles fonctionnels modérément accentués, il est vrai, mais très persistants du côté de la déglutition; le ou la malade fait des efforts répétés pour avaler, comme si quelque corps étranger était arrêté dans son pharynx: c'est une dysphasie *à vacuo* et fort désagréable.

Nous avons vu combien il était fréquent de rencontrer les accidents secondaires dans l'étiologie des dysphagies gutturales, nous les rencontrons ici encore, et, comme il n'en est guère fait mention ailleurs que dans les journaux de spécialité, nous en dirons quelques mots. Ces accidents depuis une simple tuméfaction et rougeur des follicules jusqu'à de véritables ulcérations, gagnant même les parois latérales du pharynx, sont fréquents et fréquemment accusés par le malade; dysphagie très vive, intolérable même, plus accentuée la nuit, rapportée nettement à la région sus-hyoïdienne, avec irradiations auriculaires habituelles: tels en sont les caractères; et l'on conçoit aisément comment les cautérisations et l'amélioration des accidents pharyngés ne remédieront qu'imparfaitement chez un certain nombre (assez élevé) de syphilitiques aux phénomènes douloureux; il faudra s'armer du miroir, et, en cas de lésion évidente, cautériser directement, à l'aide du porte-tampon et d'une solution de nitrate d'argent, la région malade préalablement cocaïnée; ainsi on rendra de grands services à des malades dont les souffrances auraient été longtemps encore sans soulagement.

Une dysphagie extrême peut être occasionnée par des corps étrangers divers, implantés dans la langue, les parois du pharynx, le vestibule du larynx; comme ils peuvent être passés inaperçus (enfants; aliénés.....) il importe d'y penser et de les rechercher, évitant ainsi des accidents parfois fort graves (abcès de voisinage; perforations...).

En inclinant davantage en avant le miroir qui vient de nous être si précieux, nous nous éclairerons sur une source très fréquente et parfois latente de troubles de la déglutition, nous parlons des lésions du larynx et surtout de son vestibule : région aryténo-épiglottique; quand à ces accidents ne se joignent pas des altérations de la voix et de la respiration, on comprend combien, sans examen approfondi, le point de départ peut être inutilement cherché, au grand détriment du pronostic et surtout du traitement; nous rappellerons seulement des lésions dont le diagnostic différentiel demande la pratique du miroir. C'est surtout dans la tuberculose laryngée que la dysphagie à tous ses degrés a de l'importance; un quart des malades au moins souffre ou a souffert à un moment donné (Hélary); cette dysphagie a en outre ceci de très important qu'elle peut être la première manifestation de l'envahissement bacillaire de l'organe, voire même de l'économie toute entière; au début des accidents dysphagiques, on est bien souvent en présence de ce que M. Gouguenheim a décrit sous le nom d'œdème aryténo-épiglottique; à l'image laryngée, on trouve alors le vestibule tout déformé, et rétréci par une épiglotte, des aryténoïdes, des replis aryténo-épiglottiques considérablement épaissis, tuméfiés, sensibles au toucher; il ne faudra cependant pas trop se presser de conclure de cette image à la tuberculose laryngée, car à la rigueur le même aspect peut être uniquement dû à un processus inflammatoire : épiglottite ou aryténoïdite *a frigore*, pouvant aboutir à la formation d'abcès limités; la marche des accidents, de la dysphagie en particulier, est des plus utiles à consulter, en dehors des antécédents, pour se prémunir contre l'erreur.

L'infiltration vestibulaire T devient surtout atrocement douloureuse quand apparaissent les ulcérations; la dysphagie atteint alors ses dernières limites, et l'on voit les malades dépérir rapidement, à vue d'œil; le traitement utile consiste en topiques portés directement sur le siège du mal : cocaïne, morphine; acide lactique ou naphtol camphré contre les ulcérations; dans les cas rebelles rappelons les beaux résultats de l'aryténoïdectomie entre les mains de Gouguenheim et de Heryng.

La dysphagie tuberculeuse peut encore reconnaître d'autres causes : l'infiltration ayant envahi la paroi postérieure du larynx (indications de curettage); les périchondrites, surtout de la lame du cricoïde, reconnaissables physiquement à la tuméfaction et à la douleur locale; enfin il faudra tenir compte des lésions ulcéreuses du pharynx et de la base de la langue.

Assez peu accentués sont les troubles de déglutition relevant du tertiarisme, au moins vis-à-vis des précédents; seule, la gomme ulcérée de l'épiglotte, ou de la paroi postérieure, pourra occasionner des douleurs véritables.

A la période de tumeur, l'épithélioma de l'orifice laryngé est cause d'une gêne très sensible; à la période ulcéreuse, la douleur devient atroce, intolérable, comme dans l'épithélioma de la base de la langue; et la gêne énorme, difficile à soulager, qui en résulte du côté de l'alimentation ne contribue pas peu à la cachexie rapide des malades observés à cette période.

Par contre, les tumeurs bénignes (kystes, angiômes...) de l'épiglotte, des replis et des fossettes sus-laryngés ne gênent que *modérément* l'acte de la déglutition, à moins d'un développement notable.

Aux maladies inflammatoires du larynx: laryngites catarrhales de nature quelconque, appartient une dysphagie qui cède le pas à d'autres troubles plus caractéristiques et plus sensibles pour le malade: voix, respiration... Il faut faire exception pour les cas où il existe une laryngite herpétique, caractérisée par des ulcérations multiples et superficielles atteignant surtout le vestibule et la zône avoisinante; la dysphagie très vive l'emporte sur tous les autres troubles et empêche l'alimentation; est-il besoin de dire que sans miroir le diagnostic ne peut être porté et aucune thérapeutique utile prescrite au malade ?

D'autre part, Dudefoy, dans sa thèse récente, insiste sur la précocité et l'acuité extrême de la dysphagie dans les laryngites phlegmoneuses et surtout les inflammations pharyngo-laryngées (jadis englobées dans les œdèmes de la glotte); nous ne pouvons que renvoyer à cette très intéressante étude sur la question.

Nous n'avons pas encore épuisé toutes les causes de dysphagie ni tous les moyens d'investigation à employer.

L'examen des organes précédents a été soigneusement fait; il n'a pas fourni de résultats : et pourtant, la déglutition se fait imparfaitement, avec ou sans douleurs réelles d'ailleurs.

Il est tout naturel de songer alors à l'œsophage, à ses spasmes, à sa paralysie, mais surtout à ses rétrécissements dont l'épithélioma est à la fois le plus important et le plus fréquent.

Ici, la marche progressive de la dysphagie pour les solides, puis les liquides ; la sensation nette d'obstacle en un point précis ; les régurgitations et vomissements, l'amaigrissement rapide plaideront vite en faveur de l'origine réelle du mal.

D'ailleurs, il reste la ressource de l'exploration prudente avec l'explorateur-à-olive ; et l'examen laryngoscopique, montrant parfois de très bonne heure une paralysie des cordes vocales, souvent bilatérale, mais d'ordinaire inégalement, ne devra jamais être négligé ; plus d'un spécialiste a su prédire à l'avance par ce moyen l'existence d'accidents dont le malade songeait à peine à se plaindre.

Quoi de plus naturel, en présence d'un épithélioma probable ou certain de l'œsophage, que la palpation attentive de la région cervicale ; elle nous renseignera également sur des phénomènes compressifs, parfois bien peu évidents, des voies digestives supérieures ; qu'il s'agisse de lésions *ganglionnaires*, d'anévrysmes latents des carotides..... de tumeurs les plus diverses, ou d'une affection du corps thyroïde, du goître en particulier dont les plus petits sont précisément les plus dangereux et pour la déglutition et pour la respiration : goîtres fibreux, *constricteurs*.

L'examen dans ce sens ne doit pas se borner à la région cervicale, il doit descendre plus profondément ; c'est aux organes du médiastin, aux masses ganglionnaires, et surtout à la crosse de l'aorte et aux gros troncs qui en naissent, qu'il faudra demander la clé d'accidents si souvent méconnus (anévrysmes frustes) et nullement rattachés à leur cause véritable ; la dysphagie peut fort bien être l'unique symptôme accusé par le malade, celui par conséquent qui bien interprété permettra de découvrir tous les autres.

Rappelons enfin, pour en finir, que l'irritation des rameaux du récurrent peut, dans le cours d'une péricardite, d'une pleurésie diaphragmatique, amener une dysphagie vive, et réciproquement aider à leur constatation, dans les cas frustes ou latents.

En résumé, la dysphagie, telle que nous venons de l'envisager, est un symptôme morbide complexe ; il importe, par un examen attentif et détaillé, de découvrir l'origine et la nature des accidents : pronostic et thérapeutique raisonnée, surtout y étant immédiatement intéressés ; de plus, la dysphagie peut être l'élément révélateur primordial de nombreuses affections ; les unes graves, les autres bénignes ; d'où l'importance de son étude.

A L'ÉTRANGER

ANGLETERRE

Guérison d'une ovariotomie : cinq semaines plus tard, mort de cancer du pancréas et du duodénum.

M. John Malcolin rapporte l'observation d'une femme âgée de 49 ans, célibataire, qui vint le consulter, le 23 février 1892, pour un gonflement de l'abdomen. Cette augmentation de volume avait été croissante pendant cinq années ; la peau avait eu pendant trois mois une couleur jaunâtre. Cependant, le gonflement n'avait pas occupé une grande étendue jusqu'aux quatre ou cinq derniers mois. Depuis ce moment-là, le gonflement s'était accru très rapidement. Il n'avait causé aucun ennui à la malade, si bien qu'elle n'était pas plus constipée que d'habitude, et qu'elle ne se plaignait que d'une douleur dans le dos. Les seuls antécédents intéressants de sa famille étaient qu'elle avait un frère et une sœur sourds-muets comme elle, et qu'une sœur de son père était morte d'un cancer. La malade était complètement jaune et d'une constitution très faible. Il était facile de diagnostiquer un gros kyste de l'ovaire refoulant un utérus petit, mais sain, et s'élevant au-dessus du rebord costal. Les poumons, le cœur, les reins, l'appareil digestif paraissaient fonctionner normalement, sauf que la malade était très constipée et que la bile, au lieu de colorer les selles, se répandait dans les tissus et dans l'urine. Cela était une cause de vomissement. Mais ce n'était pas un symptôme alarmant. Pendant ce temps, la température était prise nuit et jour. Elle variait entre 99° et 100° 4 F., dans l'aisselle. Il y avait 90 pulsations à la minute, le pouls était très ferme. La ménopause était survenue chez cette malade à l'âge de quarante et un ans, sans occasionner de troubles. La présence de cette tumeur ovarienne rendait absolument impossible l'examen, par la palpation, de la région de la vésicule biliaire. L'incertitude de la nature de l'obstruction qui existait dans les conduits biliaires semblait donc être un argument en faveur de l'enlèvement du kyste, bien que l'état de la malade ne dût nullement promettre le succès dans le cas où une opération difficile serait jugée nécessaire.

Le 1er mars, on enleva, sans difficulté aucune, un kyste de l'ovaire gauche qui renfermait près de sept litres de liquide. Malgré l'administration fréquente de purgatifs, pendant la semaine qui suivit l'opération, le côlon renfermait toujours une grande quantité de matières fécales. La vésicule biliaire était très distendue et occupait la position de la tête du pancréas, ou, du moins, une position un peu inférieure où on limitait une petite tumeur de forme ovale, rétro-péritonéale, mesurant environ trois pouces et demi et diamètre et aplatie d'avant en arrière. Il était impossible d'enlever cette tumeur, aussi l'incision abdominale fut fermée comme l'on a coutume de le faire. Six heures après l'opération, la température s'était élevée d'un degré. Elle descendit ensuite peu à peu, et, une semaine plus tard, elle était ce qu'elle avait coutume d'être avant l'opération. Le pouls, dans aucun temps, ne présenta plus de 96 pulsations à la minute. Les reins fonctionnaient normalement, les intestins fonctionnaient un peu moins bien. On commença par libérer le côlon avec des purgatifs le lendemain de l'opération. Le troisième jour, on donna un peu de lait à la malade, la quantité en fut graduellement augmentée. La malade vomit l'après-midi du sixième jour, elle eut d'autres vomissements le douzième jour. Ce fut tout, et la convalescence était aussi satisfaisante que possible chez une malade pourtant très faible. On sentit les matières fécales dures, à travers la paroi abdominale dans le côlon, pendant trois semaines après l'opération. Au fur et à mesure que les selles diminuaient sous l'influence des purgatifs, la vésicule biliaire devenait très proéminente, mais l'on ne pouvait pas définir ce qui siégeait en arrière d'elle. La malade voulut se lever dans le courant de la troisième semaine après l'opération, mais ses forces l'abandonnèrent bientôt et l'on ne put évidemment pas prolonger la permission du lever. Elle resta gaie tant qu'elle fut couchée et ne se plaignit que de sa difficulté d'aller croissante. Enfin, le trente-quatrième jour après l'opération, elle mourut tranquille dans son lit, presque tout d'un coup.

Voici le rapport *post mortem* du Dr Allchin, au sujet de

cette malade : « Le corps était très émacié et d'une couleur fortement ictérique. Il y avait très peu de graisse sous la peau. L'incision opératoire, mesurant environ deux pouces de longueur, située en dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane, était tout à fait cicatrisée. Il y avait une absence complète de graisse sur le mésentère. Celui-ci était adhérent à la paroi abdominale le long de l'incision. On n'observait aucune trace de péritonite récente. Il y avait environ trois onces de sérum coloré par la bile dans la cavité péritonéale. La tête du pancréas était le siège d'une tumeur maligne ayant envahi la seconde portion du duodénum. Le conduit biliaire était compris dans la tumeur et obstrué par elle, ce qui causait une distension énorme de la vésicule biliaire. Celle-ci était remplie d'un liquide bilieux, très foncé et ses parois étaient très épaisses. On ne trouva aucun calcul. La masse de la nouvelle tumeur avait un diamètre d'environ quatre pouces et une épaisseur d'un pouce et demi. A un certain endroit cependant, elle était très mince, et il est certain qu'elle se serait ouverte dans la cavité péritonéale et qu'il se serait établi une communication entre les intestins et la tumeur. Le corps et la queue du pancréas étaient durs, mais il ne paraissait y avoir aucun noyau cancéreux. Les autres organes semblaient être parfaitement sains. L'utérus, l'ovaire droit et la trompe étaient normaux. Le moignon de la trompe du côté gauche avec ses ligatures apparaissait cicatrisé et en parfait état de nutrition. Il n'y avait là aucune trace de péritonite et ces organes étaient libres dans la cavité pelvienne ».

Il était donc intéressant de rapporter le cas de cette malade. Il semble qu'il ne dut y avoir aucune utilité à bourrer cette malade de purgatifs dans les jours qui suivirent son opération. Certes, ce traitement n'est pas à recommander dans beaucoup de cas, mais il paraissait logique dans le cas qui nous occupe plutôt que de laisser le côlon entasser les matières fécales pendant plusieurs jours. Dans cette dernière alternative, l'abdomen aurait pu prendre un état de distension énorme qui aurait sérieusement affecté une malade si faible. L'association d'un mal si étendu du duodénum avec l'absence complète de vomissements par le chloroforme et l'absence presque complète de vomissements d'une autre nature, sans difficultés dans la digestion pendant tout le temps que la malade fut sous notre observation : voilà certes, dit M. Malcolin, un fait qu'il était bon de faire remarquer. (*The Lancet*, 8 sept. 1894.)

ALLEMAGNE

Traitement opératoire des hernies diaphragmatiques.

Les hernies de l'intestin à travers le diaphragme sont chose rare. Neumann vient d'en publier un cas qui a servi de base à un travail sur le traitement chirurgical de ces sortes de hernies. Voici cette observation avec les déductions cliniques et opératoires établies par ce chirurgien :

Un homme de vingt-neuf ans, marchand de vin, habitué à boire journellement 20 à 30 chopes de bière et sujet à des troubles gastriques avec vomissements, est pris un matin de douleurs péri-ombilicales et arrive à l'hôpital, huit jours après le début des accidents, avec tous les phénomènes d'obstruction intestinale aiguë : ventre ballonné et douloureux, vomissements fécaloïdes, absence de selles et de gaz depuis six jours, température de 36 degrés, pouls 110, filiforme. L'examen rapide du malade montre que le rectum était libre et que la base des deux poumons était située plus haut qu'à l'état normal, à la hauteur de la 5e côte à gauche et de la 6e à droite.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on fut tout d'abord frappé de l'absence du côlon transverse et de l'épiploon. On voyait l'intestin grêle couvert d'un exsubat fibrineux témoignant, de même que l'état congestif du péritoine, d'une péritonite au début. Pour s'orienter un peu, on commença par inspecter systématiquement l'intestin grêle qui fut trouvé libre. La main, introduite dans la fosse iliaque gauche, constata alors que le côlon descendant s'engageait, au niveau du coude qu'il forme avec le côlon transverse, dans un orifice du diaphragme, orifice des dimensions d'une pièce de 2 francs ; d'un autre côté, le même orifice livrait passage à un segment du côlon transverse accompagné d'épiploon. On avait, par conséquent, affaire à une hernie diaphragmatique.

Le doigt, introduit par l'orifice dans la cavité pleurale, permit de constater que l'intestin n'adhérait qu'à la moitié droite de la circonférence de l'orifice diaphragmatique, que dans la cavité pleurale se trouvait une anse intestinale de 30 centimètres environ de longueur, et que l'épiploon formait une sorte de couronne autour du sommet du diaphragme.

Pour dégager l'intestin, il a fallu agrandir d'abord l'incision abdominale, sectionner entre des ligatures les adhérences qui réunissaient l'intestin à l'anneau, et sectionner celui-ci dans une étendue de 3 centimètres. L'intestin a pu alors être attiré dans la cavité. Il était congestionné, sans trace de gangrène. Tamponnement de l'orifice diaphragmatique avec de la gaze iodoformée dont un bout fut sorti par l'angle supérieur de l'incision abdominale ; suture de la plaie abdominale.

L'opération faite sous l'éther avait duré une heure et demie. Le malade, qui sembla s'être rétabli après l'opération, succomba dans la soirée.

L'autopsie permit d'étudier de plus près l'orifice diaphragmatique. Ce dernier, de dimensions d'une pièce de 2 francs, avait les bords arrondis et se trouvait sur la place de la ligne axillaire moyenne, à la hauteur de la 6e côte, à 4 centimètres environ des insertions du diaphragme. Les poumons étaient normaux. L'intestin présentait des ecchymoses et des taches verdâtres.

Quant à l'étiologie de cette hernie, Neumann suppose que l'orifice était d'origine congénitale, et que c'est sous l'influence des vomissements auxquels était sujet le malade que l'intestin s'était engagé dans l'orifice diaphragmatique, pour s'étrangler ensuite.

Pour Neumann, les hernies diaphragmatiques peuvent se diviser en trois groupes :

1° Cas où tout un viscère abdominal passe dans le thorax à travers un orifice du diaphragme, sans que le malade s'en aperçoive ;

2° Cas où les viscères abdominaux passent, à travers un très large orifice du diaphragme, dans le thorax, en provoquant des troubles dus, d'un côté au déplacement des organes thoraciques, de l'autre à une modification des fonctions du viscère ayant pris place dans le thorax ;

3° Cas où, comme dans l'observation relatée plus haut, l'intestin s'engage dans un petit orifice du diaphragme et s'étrangle.

Le diagnostic n'a été fait jusqu'à présent que dans les cas du second groupe. En effet, dans les petites hernies du troisième groupe, les signes pathognomoniques du déplacement font défaut : on ne trouve ni le ventre en bateau, même après l'insufflation du rectum, ni les signes physiques du déplacement et de la compression des organes thoraciques.

Quant au traitement, il faut, d'après Neumann, aborder les hernies du second groupe par la voie thoracique, par cette raison que, dans ces cas, le poumon est comprimé,

réduit à un moignon, de sorte que la crainte de créer un pneumothorax est purement illusoire; par contre, les hernics du troisième groupe doivent être réduites par la voie abdominale.

Causes et conséquences de la fièvre typhoïde.

On observe, en divers points du littoral de la Méditerranée, une maladie désignée par Griesinger sous le nom de *fièvre typhoïde bilieuse* et dont l'étiologie est encore imparfaitement connue. Or, MM. Schiessbey et Bitter ont étudié récemment à Alexandrie cinq cas de typhoïde bilieuse dans tous lesquels ils ont rencontré, dans le sang des malades, une variété d'organismes qui appartenaient sans aucun doute à la même classe que les hématozoaires de la malaria. Comme les hématozoaires, ces parasites sont situés, pour la plupart, à l'intérieur des hématies. On les observe aussi en dehors des globules rouges. Ils mesurent 1 à 2 μ de longueur, sont animés de mouvements amæboïdes et contiennent du pigment, bien qu'en quantité modérée.

Ces parasites passent comme ceux de la malaria par des stades variés de développement et finissent par se résoudre en un amas de corpuscules ovalaires qui sont des spores. Ces dernières sont aussi animées de mouvements très vifs et pénètrent à l'intérieur des corpuscules sanguins, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre par l'observation directe.

L'opinion de Griesinger et de Koels se trouve donc être confirmée et l'on devra désormais ranger la typhoïde bilieuse dans le groupe des affections malariques.

A la suite de ces recherches bactériologiques, de la plus haute importance pour la nosographie médicale, se placent d'autres recherches de G. Sultan, qui, pour être d'un ordre moins nouveau, donnent cependant une grande clarté à certains faits que la clinique seule serait impuissante à expliquer.

On sait, en effet, quelle est la fréquence des abcès posttyphiques. Mais on ignore la longévité du bacille d'Eberth. Or, l'observation que publie Sultan se rapporte à une femme de trente-cinq ans, venue à la clinique pour une tumeur de la clavicule droite et une fistule suppurée du rebord costal du même côté. Six ans auparavant elle a eu une fièvre typhoïde qui la tint au lit pendant huit semaines. Pendant la convalescence, elle eut deux abcès: un au niveau de la clavicule droite, qui s'ouvrit spontanément et laissa s'écouler une quantité notable de pus; l'autre, très volumineux, au niveau du rebord costal droit. Ce dernier fut ouvert par un chirurgien. Mais, tandis que le premier abcès ne se reforma plus, le second ne se cicatrisa jamais complètement et se reproduisait régulièrement tous les deux mois. Elle rentrait maintenant à la clinique pour une tumeur développée depuis quelques mois au niveau de l'ancien abcès claviculaire.

L'examen de la malade montra que la tumeur claviculaire n'était autre chose qu'un abcès des dimensions d'un œuf d'oie, recouvert par la peau normale. A l'ouverture de l'abcès et après l'évacuation du pus, on trouva, au milieu de la clavicule lisse et non épaissie, un petit séquestre de 2 centimètres environ. Un séquestre fut également trouvé dans la douzième côte droite, après l'ouverture de l'abcès qui se trouvait à ce niveau. Extraction du séquestre, grattage des cavités, tamponnement à la gaze iodoformée, etc. Guérison rapide, sans complications.

L'examen bactériologique du pus de l'abcès claviculaire montra la présence des bacilles typhiques qui purent être nettement différenciés du coli-bacille. Le pus de l'abcès costal ne fut pas examiné.

En rapportant cette observation, l'auteur insiste sur la longue durée pendant laquelle les bacilles typhiques peuvent rester vivants dans l'organisme. Dans son cas, cette durée a été de *six ans*.

Valeur diagnostique du réflexe du tendon d'Achille.

A la clinique psychiatique d'Iéna, M. Zichen a examiné dans le cours des sept dernières années un grand nombre d'aliénés au point de vue du réflexe du tendon d'Achille. Il a trouvé ce réflexe absent ou fortement affaibli chez 452 malades parmi lesquels la très grande majorité étaient atteints de paralysie générale, syphilis cérébrale, démence sénile ou alcoolisme chronique. Pour M. Zichen, l'absence du phénomène en question, d'un ou des deux côtés, peut être considérée comme un signe de valeur pour le diagnostic des affections susmentionnées, pourvu qu'il n'existe pas certaines complications périphériques capables d'altérer le résultat de l'examen du malade, telles qu'une névrite dans le domaine du sciatique, etc., et qu'on n'admette définitivement l'abolition du réflexe du pied qu'après avoir essayé tous les moyens capables d'en provoquer l'apparition.

A cet effet, voici quel est le mode d'examen employé par M. Zichen :

Le malade étant couché, on fléchit d'abord sa cuisse sur le bassin à 40° ou 50°, puis la jambe sur la cuisse à 90°, et on provoque enfin un léger degré de flexion dorsale du pied. Tous ces mouvements doivent être absolument passifs. Il est particulièrement important que le muscle tibial antérieur soit dans un relâchement complet — ce dont on doit s'assurer par la palpation de son tendon à la face dorsale du pied — avant de percuter le tendon d'Achille, comme aussi pendant cette percussion. Si la contraction chronique ne se produit pas dans ces conditions, on tâche d'abord de l'obtenir en percutant le tendon successivement en des points situés plus haut, plus bas ou plus latéralement. Si ce moyen donne aussi un résultat négatif, on a alors recours au procédé indiqué par M. Jendrassik et qui consiste à enjoindre au patient de serrer fortement les poings ou les dents pendant qu'on percute le tendon; puis on tâche d'augmenter l'excitabilité réflexe au moyen de frictions ou d'irritants énergiques appliqués sur la peau de la jambe. Enfin, il ne faut conclure définitivement à l'absence du réflexe que lorsque l'on aura pratiqué plusieurs examens, tous suivis d'un résultat négatif. (*Deut. med. Wochenschr.*, 23 août 1894.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 septembre.

Intoxication par le plomb.

M. Riche donne lecture d'un rapport concernant le travail de M. Foveau de Cormeille sur des cas de saturnisme provoqués par des vases d'étain ayant servi à mesurer les boissons, et qui contenaient dans leur composition une quantité de plomb considérable, 80 0/0. Le séjour du cidre dans ces récipients n'avait pas été de plus de deux heures chaque fois.

Des ouvriers qui travaillaient aux champs se trouvèrent pris de malaises, suivis de diarrhée, qui amenèrent la mort de l'un deux. Les gencives des survivants laissaient voir le liseré plombique caractéristique. Le diagnostic d'intoxication par le plomb s'imposait.

L'enquête apprit bientôt que les aliments destinés à ces ouvriers étaient contenus dans de soi-disant vases d'étain qui renfermaient 30 0/0 de plomb, et le cidre dans des mesures dont nous avons

parlé plus haut. L'analyse chimique révéla l'existence du plomb dans les boissons et les aliments.

Ces cas, qui viennent s'ajouter à beaucoup d'autres, montrent une fois de plus le danger de l'emploi, dans l'alimentation, de récipients d'étain dont la composition renferme moins de 99 1/2 0/0 d'étain pur, quantité minima exigée par le *Conseil d'hygiène* de la Seine.

Il faut donc qu'une surveillance sévère s'exerce sur les potiers et les étameurs pour les obliger à se conformer exactement aux règlements administratifs.

Les indications de la cure chirurgicale dans la lithiase biliaire.

M. Galliard divise les cholélithiasiques opérables en deux catégories : celle des fébricitants et celle des apyrétiques.

Chez les fébricitants, deux cas sont à considérer :

1° Il y a tumeur avec ou sans ictère. Dans ce cas, l'intervention rapide s'impose ; quelques contre-indications opératoires sont cependant à signaler, telles que la péritonite aiguë généralisée, la pyléphlébite, les déterminations multiples de la septicémie, l'endocardite, la péricardite, la bronchopneumonie, etc.

Le meilleur mode d'intervention consistera à ouvrir la vésicule et à y placer un drain. La cholécystectomie ne sera pratiquée que si l'on est assuré de la perméabilité du canal cholédoque.

2° Il y a ictère infectieux sans tumeur. Contre l'angiocholite infectieuse, la chirurgie ne peut rien ; on ne serait autorisé à opérer que si l'obstruction du cholédoque était certaine.

Chez les apyrétiques, l'intervention n'est pas urgente ; elle n'est indiquée que si les douleurs sont intolérables ou la cachexie menaçante. S'il n'y a pas obstruction du canal cholédoque, on pratiquera la cholécystotomie ou la cholécystectomie, suivant l'état de la vésicule. Si, au contraire, le canal cholédoque est obstrué, on s'efforcera, après incision, d'en extraire les calculs (cholédolithectomie), puis de suturer la plaie cholédocienne.

L'opération étant effectuée, il faut s'assurer sans violence de la perméabilité du canal. Supposons un rétrécissement infranchissable au-dessus duquel le cholédoque serait dilaté ; on pourrait faire la cholédocoduodénostomie, mais c'est là une opération difficile. Plus aisément on s'adressera à la vésicule et on pratiquera, soit la cholécystostomie, soit la cholécystentérostomie. C'est à la première de ces opérations que M. Galliard donne la préférence, car elle permet de conserver longtemps le tube de sûreté qui livre passage aux calculs restés en arrière, ainsi qu'aux matières excrémentitielles éliminées par le foie.

Pour conjurer les effets fâcheux de la suppression du flux biliaire intra-intestinal, il conseille d'administrer aux opérés des doses suffisantes d'extrait de fiel de bœuf, sous forme de bols enrobés dans du salol.

Les contre-indications opératoires sont la grossesse, l'hypertrophie énorme du foie et de la rate, l'hypothermie qui révèle la déchéance profonde du foie et qui s'associe à l'ictère grave, la cachexie tuberculeuse, cardiaque, etc. Lorsque à la rétention biliaire s'unit l'ascite, on diagnostiquera un cancer de la tête du pancréas.

Dangers de la vélocipédie.

M. Hallopeau lit un rapport sur le travail de M. L.-H. Petit, relatif à trois cas de mort subite en vélocipède.

Il ne nie pas que l'abus du vélocipède, surtout l'entraînement exagéré, ne puisse entraîner des dangers.

M. Petit ayant constaté trois cas de mort en bicyclette en conclut qu'elle doit être interdite aux cardiaques et aux vieillards. Ses conclusions semblent exagérées à M. Hallopeau.

Il est vraisemblable que les cas de M. Petit sont de simples coïncidences où la bicyclette a été seulement la cause occasionnelle.

La bicyclette semble être surtout dangereuse quand elle exige des efforts violents : elle n'en exige que pour les commençants, ou encore quand l'on fait l'ascension d'une côte ou une course à grande vitesse. C'est dans des circonstances semblables que les morts signalées par M. Petit se sont produites.

Quant aux troubles respiratoires, M. Hallopeau a pu constater sur lui-même qu'une course à bicyclette n'augmentait que légèrement le nombre des respirations (25 au lieu de 20) ; avec une marche rapide, l'augmentation a été bien plus grande (30 au lieu de 20).

M. Petit signale comme très dangereuses, au point de vue de la mort subite, les émotions morales telles que la crainte d'écraser une personne ou d'être mordu par un chien. Ces émotions sont tout à fait négligeables.

Pour ce qui est des vieillards, M. Hallopeau ne voit pas pourquoi M. Petit les englobe dans la proscription qu'il inflige aux cardiaques. De nombreux exemples prouvent que l'on peut devenir véloceman à tout âge et s'en bien trouver. M. Hallopeau propose donc à l'Académie de voter les conclusions suivantes :

1° Chez un sujet ayant l'expérience de la bicyclette, l'usage modéré de cet instrument ne trouble en aucune mesure les fonctions cardiaques ; il constitue, au contraire, une utile gymnastique respiratoire ;

2° Le rôle de cet usage modéré dans la production des morts subites ne peut être que celui d'une cause occasionnelle d'importance secondaire ;

3° Les efforts liés, soit à l'apprentissage où il faut exercer et mettre en jeu des muscles qui n'interviennent que peu on point dans la marche pédestre, soit à la course trop rapide, soit à l'ascension des côtes, doivent être seuls considérés comme dangereux ;

4° C'est surtout pour les malades atteints d'insuffisance aortique ou d'affection mitrale non compensée que l'interdiction doit être absolue ;

5° Aucune raison valable ne peut être invoquée en faveur de l'opinion qui considère comme dangereux pour les vieillards l'usage prudent du vélocipède ; cet exercice, en dehors de son grand agrément, a, au contraire, l'avantage de favoriser puissamment les fonctions de la peau et des poumons, d'exercer les muscles, d'augmenter l'appétit, de faciliter la digestion et de stimuler la nutrition générale.

M. Daremberg signale les dangers de la bicyclette non seulement chez les aortiques, mais chez tous les cardiaques et surtout chez les tuberculeux. Pour ces derniers, il a constaté que l'exercice du vélocipède ramenait facilement des hémoptysies et des rechutes de tuberculoses.

M. Verneuil déclare que la position courbée que prennent les vélocipédistes ne peut être que très mauvaise, et il cite l'exemple d'un enfant qui, à la suite d'une pratique exagérée de la bicyclette, a été atteint d'un mal de Pott. Il s'agissait d'un enfant héréditairement tuberculeux.

M. Cadet de Gassicourt propose qu'avant de permettre la vélocipédie aux enfants, on les soumette à un examen médical approfondi.

M. Hallopeau répond à M. Daremberg qu'il a observé des jeunes gens qui ont pu faire de la bicyclette avec un souffle mitral bien compensé. Toutefois, il accorde à M. Daremberg que les cardiaques feront mieux de s'abstenir. Il demeure sceptique pour les tuberculeux, et le cas cité par M. Daremberg ne lui semble pas probant.

Quant au fait de M. Verneuil, il ne voit pas que la position du bicycliste fatigue spécialement la colonne lombaire, et il croit qu'il s'agit encore en ce cas d'une coïncidence.

M. Larrey dit que la question lui semble particulièrement importante et difficile ; mais nous n'avons pas ici, dit-il, la compétence voulue pour la résoudre. Il faut faire appel aux praticiens et leur demander de communiquer leurs observations.

M. Dumontpallier n'a pas une grande expérience pratique de

la vélocipédie, il admet avec M. Hallopean que cet exercice, modéré, n'a pas sur le cœur les inconvénients qu'on lui reproche. Mais il ne peut accepter les mots de « descente involontaire » par lesquels il caractérise des chutes qui souvent brisent les os.

D'ailleurs, l'étude de la question est loin d'être suffisante pour permettre d'avoir une opinion. C'est ainsi que personne, jusqu'à présent, n'a étudié l'état de la respiration diaphragmatique, ce qui a bien son importance, lorsqu'il s'agit d'apprécier des modifications de la respiration en général.

Comme un vote en faveur du vélocipède serait un encouragement considérable pour ce genre de sport, M. Dumontpallier estime que l'Académie ne saurait être trop réservée dans l'adoption des conclusions du rapport.

M. Guérin croit qu'il ne faut cependant pas se désintéresser absolument de la question. Il a entendu récemment une conférence sur la vélocipédie par un chirurgien, M. Lucas-Championnière, et son opinion était bien éloignée de celle qui paraît devoir être adoptée par l'Académie.

M. le Président, en présence des opinions diverses exprimées sur la vélocipédie, propose de voter successivement sur les différentes propositions de M. Hallopeau.

Après une nouvelle discussion à laquelle prennent part MM. Verneuil, Bergeron, Dumontpallier, l'Académie adopte les conclusions suivantes :

1° L'Académie recommande aux personnes qui désirent se livrer à l'exercice de la bicyclette de se soumettre d'abord à un examen médical;

2° Chez les sujets expérimentés et bien portants, l'usage modéré de cet instrument ne semble pas troubler les fonctions cardiaques;

3° Les efforts liés soit à l'apprentissage, soit à la course trop rapide, soit à l'ascension des côtes, doivent être considérés comme dangereux;

4° C'est surtout pour les malades atteints d'affections cardiaques que l'interdiction doit être absolue;

5° L'Académie accueillerait avec grande faveur tous les documents qui lui seraient fournis par les praticiens, dans le but de jeter du jour sur cette question si controversée.

Séance du 18 septembre.

Les exercices vélocipédiques.

La discussion continue au sujet des exercices vélocipédiques et l'on commente les conclusions déposées dans le rapport de M. Hallopeau, à la dernière séance.

M. Marey se déclare partisan de l'usage de la bicyclette. Elle est moins fatigante que la marche et réclame la dépense de moins de force musculaire. Mais l'emploi de cet instrument doit être très modéré. L'orateur signale ensuite les deux inconvénients suivants : la bicyclette provoque chez la plupart de ceux qui en font usage une inclinaison en avant du corps qui pourrait à la longue devenir définitive. De plus, elle n'exerce pas les muscles qui servent le plus ordinairement à la locomotion.

Il faudrait, pour obvier à ces inconvénients, rapprocher la selle des pédales de façon à redresser la position du corps et à faire agir les muscles qui soulèvent le corps pendant la marche.

M. Marey annonce qu'il se propose de faire des recherches physiologiques sur cette question.

M. Verneuil. — C'est évidemment au point de vue de la physiologie que le sujet doit être examiné. Or, à ce point de vue, dit l'orateur, l'exercice de la bicyclette paraît bien inférieur à la natation et à la marche. Il ne favorise le développement que de certains groupes musculaires. Les bras restent inactifs, il en est de même de la masse sacro-lombaire.

Enfin, la position prise par le vélocipédiste est défectueuse; elle peut, chose plus grave, rester définitive.

M. Gariel se montre moins sévère. Pour lui, tous les muscles du vélocipédiste travaillent. Et si quelques velocemen donnent à leur corps une position déplorable, cela tient à la mauvaise habitude qu'ils ont prise plutôt qu'à l'instrument.

M. Hallopeau déclare que la bicyclette fatigue moins que la marche. La preuve en est que les mouvements respiratoires sont moins fréquents à bicyclette qu'à pied.

L'orateur n'est pas ennemi de la position inclinée en avant. Il la considère comme favorable. Quant aux groupes musculaires agissant seuls au détriment de ceux qui ne font rien, il pense, à l'exemple de M. Gariel, que tous les muscles travaillent chez le vélocipédiste. En effet, le vélocipédiste débutant marche parfaitement en terrain plat, mais il est arrêté par les montées. Cela tient à ce que les muscles actifs ne sont pas les mêmes dans les deux cas. Ces circonstances mettent en action différents groupes musculaires. Il ne faut donc pas faire, à ce sujet du moins, le procès de la bicyclette.

M. Weber craint que le vélocipédiste ne devienne un mauvais marcheur, à l'exemple du cheval entraîné pour le galop et que l'on voit devenir, dans la suite, un mauvais trotteur.

M. le Président propose à l'Académie de nommer une commission qui sera chargée de présenter un rapport sur ce sujet. Et il propose de désigner MM. Marey, Gariel et Hallopeau pour en faire partie. (Adopté.)

Usage des éponges en chirurgie.

M. Guermonprez (Lille). — 1° Les éponges réellement aseptiques peuvent être employées sans danger en chirurgie.

2° Le tissu de l'éponge peut être absorbé par l'organisme; il commence par devenir adhérent; il perd ensuite son élasticité; il disparaît enfin sans laisser aucune trace.

3° Dans le traitement des ulcères de jambe du type ordinaire, l'éponge est utile, si on a soin que l'ulcère soit préalablement désinfecté. L'éponge doit être choisie à mailles très larges; elle doit être morcelée en très petits fragments, très minces, presque feuilletés. Si le pansement est renouvelé à de rares intervalles (huit à quinze jours), l'éponge est d'abord adhérente, puis absorbée; les bourgeons acquièrent tous les caractères de ceux d'une plaie régulière; la cicatrisation suit une marche rapide et se termine en quelques semaines.

4° Dans les plaies cavitaires qui succèdent à l'élimination de longs séquestres du tibia, le tissu de l'éponge adhère, puis se résorbe de la même façon; il fait office de tuteur pour les bourgeons charnus qui s'organisent ensuite et comblent la cavité : les plaies se réparent sans laisser subsister de trajet fistuleux définitif, si la désinfection du foyer est sévèrement maintenue pendant toute la durée du traitement.

5° Il ne paraît pas en être de même dans les plaies cavitaires qui succèdent à la pleurésie purulente.

6° Sur les néoplasmes ulcérés, l'éponge est bien tolérée pour supporter la compression hémostatique; mais elle n'y adhère pas et ne s'y résorbe pas.

7° Dans les brûlures de vaste étendue, les applications discrètes de minces couches d'éponge paraissent favoriser le processus de cicatrisation.

De la maladie de Thomsen considérée sous le rapport de l'aptitude au service militaire et de la médecine légale.

M. le Roy de Méricourt, à propos d'un travail sur ce sujet de M. le Dr S. A. Van der Stok, médecin de l'armée néerlandaise, lit un rapport qui se termine par les conclusions suivantes :

La maladie de Thomsen doit être considérée comme une affection congénitale des muscles qui possèdent une contractilité excessive sous l'influence d'excitations mécaniques, psychiques et atmosphériques.

La maladie de Thomsen, dûment constatée, rend inapte au service militaire. Les militaires qui en sont affectés doivent être

mis en réforme. Les engagés volontaires ne doivent pas être admis.

Au point de vue médico-légal, il faut tenir compte des rapports qui peuvent exister entre les crimes ou délits et l'état psychique d'une personne accusée ou coupable.

Séance du 25 septembre.

Consanguinité et hérédité morbide.

M. Lagneau. — Les unions consanguines ont été généralement considérées comme une des principales origines des tares héréditaires.

En réalité, on a souvent attribué à la consanguinité ce qui n'appartient en somme qu'à l'hérédité morbide.

Les descendants ne souffrent de ces tares qu'autant qu'elles leur ont été léguées par leurs ascendants, alors que ceux-ci en étaient eux-mêmes affectés.

Ne sait-on pas d'ailleurs que chez les animaux l'accouplement consanguin est journellement pratiqué en vue de la sélection d'une race.

L'antiquité elle-même nous a donné de nombreux exemples de consanguinité tout en maintenant intégralement la beauté des types physiques de l'époque. Quelques bourgades aussi, en raison de leur isolement, voient depuis longtemps les mariages consanguins de leurs habitants, sans que les causes de réforme y soient plus fréquentes qu'autre part.

M. Guéniot. — Je partage l'opinion de M. Lagneau, l'hérédité morbide seule doit être incriminée. Aussi doit-on s'attacher tout spécialement à proscrire l'union de proches parents, quand ceux-ci sont atteints d'affections transmissibles.

LES LIVRES

L'eau minérale de Contrexéville et les maladies au traitement desquelles elle convient, par le Dr Mabboux, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg. In-8° de 208 pages, prix broché, 4 fr.; relié cuir plein souple, 5 fr.

Ce livre, dont l'auteur est déjà connu par plusieurs travaux sur les Eaux minérales, est un exposé complet de la médication de Contrexéville et de ses applications thérapeutiques.

Dans la première partie, M. Mabboux étudie le lieu d'origine et le mode de formation de l'eau minérale, sa composition et ses effets physiologiques, ses modes d'emploi, les pratiques d'hygiène, alimentaire et autre, à observer pendant la cure, les effets consécutifs et éloignés, les services que peut rendre l'eau transportée, etc.

La deuxième partie est consacrée aux applications thérapeutiques. A côté des chapitres sur la Goutte, sur les différentes sortes de Gravelle et sur le Catarrhe vésical, nous signalerons ceux qui visent des applications thérapeutiques plus récentes (maladies du Foie, Diabète goutteux, Goutte chez la femme), et celui dans lequel l'importante question de l'*opportunité de la cure de Contrexéville chez les calculeux* est longuement discutée.

Tout en s'attachant à conserver à son livre un caractère scientifique, l'auteur en a autant que possible exclu les mots techniques, de façon à ce qu'il pût être lu et compris par les gens du monde. La lecture en sera profitable à ceux qui souffrent des maladies dont il y est question; elle pourra les décider à ne pas différer jusqu'à ce qu'il soit trop tard une cure dont la perspective ne leur plaît pas, puis à se placer dans les conditions requises pour en obtenir le maximum d'effet thérapeutique.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

L'affaire du Dr Lafitte.

Aujourd'hui, après la décision de la Cour de cassation rejetant le pourvoi du Dr Lafitte, la demande en grâce va être introduite.

Avant de faire aucune démarche auprès du président de la République, le Dr Cézilly, syndic de la presse médicale, recueille les protestations des médecins de France afin de constituer un dossier qui viendra appuyer sa demande.

Toutes les pièces concernant l'affaire doivent être adressées au Dr Cézilly, 23, rue de Dunkerque, qui les centralisera.

Les faits reprochés au Dr Lafitte ne sont pas sans précédents. Voici ce que raconte à ce sujet le *Journal de médecine de Bordeaux* :

En 1755, il y avait à La Teste un chirurgien appelé Dumora. Une jeune fille le fait appeler, se plaignant d'être malade. Dumora pratique une saignée, suivant l'usage de cette époque.

La saignée faite, Dumora songeait peu à sa cliente, lorsqu'il fut mandé devant le juge d'instruction pour répondre à l'accusation suivante : la malade était enceinte de ses œuvres, à la suite d'une promesse de mariage, et la saignée pratiquée n'avait eu d'autre but que de provoquer l'avortement pour dissimuler la faute commise. La malade se présentait à la fois comme victime et comme dénonciatrice. Cette affaire n'eut pas de suite.

Un autre fait plus grave est celui du chirurgien Bacon, qui exerçait la médecine dans le quartier Saint-Michel au XVIIe siècle. Il avait soigné une malade et réclamait les honoraires qui lui étaient dus.

Il est emprisonné par ordre des Jurats, sur la plainte de sa cliente, qui dit avoir été violentée par son chirurgien pendant le traitement. Le 24 septembre 1675, Bacon demande son élargissement pour préparer les éléments de sa défense et la preuve de son innocence; ce qui lui fut accordé.

Hors de sa prison, il se livra à une enquête minutieuse, et parvint à établir, sur de nombreux témoignages, les faits suivants: au reçu de sa note d'honoraires, sa cliente, n'ayant pas l'argent suffisant pour se libérer, était allée trouver sa tante afin de lui emprunter la somme demandée. La tante avait conseillé à sa nièce, non seulement de ne pas payer, mais de déposer une plainte, ce qui était un moyen de recevoir de l'argent au lieu d'en donner. La nièce trouva le procédé excellent et y donna suite en allant se plaindre en Jurade qu'elle avait été violentée par Bacon.

Celui-ci ayant amplement démontré son innocence par les témoignages qu'il avait recueillis et produits, la tante et la nièce furent emprisonnées et condamnées pour fausse déclaration et tentative d'extorsion d'argent.

Après cette affaire, Bacon fut complètement découragé, renonça à la chirurgie et fonda un établissement de bains dans le quartier Saint-Michel, en prenant le titre alors en usage de *baigneur-étuviste*.

D'autre part, la *Gazette médicale de Liège* dit ceci :

La presse médicale française a fait grand bruit, il y a environ trois semaines, autour de la sentence rendue par la Cour de Versailles dans une affaire dont l'instruction a été, on peut le dire, le triomphe de l'hypothèse. Un de nos malheureux confrères a été affligé de 3 ans de prison, sans qu'aucune preuve, ni matérielle, ni morale, ait pu être relevée contre lui, mais en vertu de cette singulière doctrine émise par un des grands pontifes de la médecine légale, qu' « en médecine tout est possible ». On voit d'ici où un pareil système de démonstration scientifique peut nous conduire et conduire les autres. On voit surtout qu'il nous mène à donner des romans plus ou moins vraisemblables de notre imagination pour des certitudes, alors que le médecin légiste ne devrait apporter devant les tribunaux que ce qu'il sait de science certaine, et se refuser comme un crime toute incursion dans le champ des conjectures.

L'Association de la Presse médicale vient d'adresser avec prière de les signer au corps médical deux pétitions, l'une à M. le président de la République, l'autre à M. le ministre de la justice et dont voici la formule :

Monsieur le Président de la République,

Le soussigné. . . . . . . prend la respectueuse liberté de solliciter la grâce de Monsieur le Docteur Lafitte, condamné à trois ans de prison par la Cour d'assises de Seine-et-Oise.

Sans parler de la parfaite honorabilité du condamné, de l'invraisemblance de l'accusation, il n'hésite pas à affirmer qu'après avoir pris connaissance complète des charges relevées contre le Docteur Lafitte, après avoir scrupuleusement examiné les rapports des Médecins légistes, il a acquis la conviction absolue qu'au point de vue médical, l'accusation d'avortement est insoutenable et que le Docteur Lafitte est victime d'une évidente erreur judiciaire.

Confiant dans votre haute équité, il s'adresse à vous, Monsieur le Président de la République, pour faire rendre la liberté à un homme que tout le corps médical considère comme un innocent.

La formule de ces deux documents a été adressée à tous les Doyens des Facultés et à tous les Présidents des diverses Associations médicales de France. M. Gauthier de Clagny, avocat à la Cour de cassation, les produira avec la demande d'audience.

Bourses de doctorat.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, un concours pour l'obtention des bourses de doctorat en médecine sera ouvert au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes le 29 octobre. A la même date aura lieu au siège des Ecoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes un concours pour l'obtention des bourses de pharmacien de 1re classe.

Monument Villemin à Bruyères.

M. le Dr Viger, ministre de l'agriculture, a été chargé de représenter le gouvernement aux fêtes qui auront lieu le 30 septembre à Bruyères (Vosges). M. Viger présidera à l'inauguration du monument élevé à Villemin, ancien professeur au Val-de-Grâce, bien connu par ses découvertes sur la tuberculose, ainsi qu'à la pose de la première pierre d'un *asile destiné aux travailleurs agricoles.* Cet asile est fondé par un syndicat de communes de la région, auquel la commission de répartition des fonds du pari mutuel a accordé une subvention considérable.

Transformation des ordures ménagères.

La ville de Saint-Louis (Etats-Unis) vient de consacrer plus d'un million de francs à l'installation d'une usine pour le traitement des ordures ménagères. Voici sur cette usine quelques renseignements empruntés à l'*American Architect.* Les voitures amenant les ordures gravissent un plan incliné et viennent jeter leur contenu dans d'énormes cylindres verticaux entourés d'une enveloppe, dans laquelle circule un courant de vapeur surchauffée, de manière à débarrasser les ordures de l'humidité qu'elles contiennent. L'eau produite par cette évaporation est condensée et rejetée dans les égouts. Après une dessication suffisante, on remplit les cylindres de pétrole, qui y séjourne de 30 à 40 heures et dissout toutes les matières grasses. Ce pétrole est ensuite pompé et distillé à la vapeur; les vapeurs sont condensées pour être utilisées à nouveau, tandis que le résidu graisseux brunâtre est mis en barriques pour, après blanchissement, être utilisé pour la fabrication de savons. Le dernier résidu est encore soumis à une nouvelle dessication et extrait des cylindres sous forme d'une masse brune sans odeur déplaisante et ne contenant plus que 5 à 6 0/0 d'eau. Cette masse, n'ayant pas été soumise à une température suffisante pour décomposer les parties solides, renferme encore de l'azote et des phosphates qui en font un excellent engrais. On la broie grossièrement et le produit du broyage est vendu aux agriculteurs de 45 à 60 fr. la tonne; il paraît même que cet engrais a rencontré une faveur telle que la demande excède la production.

Assainissement de Paris.

Le préfet de la Seine vient de prendre un arrêté relativement à l'assainissement de Paris.

Voici les articles de cet arrêté qui intéressent spécialement l'hygiène publique :

Article premier. — Dans toute maison construite il devra y avoir un cabinet d'aisances par appartement, par logement ou par série de trois chambres louées séparément. Ce cabinet devra toujours être placé soit dans l'appartement ou logement, soit à proximité du logement ou des chambres desservies, et, dans ce cas, fermer à clé.

Dans les magasins, hôtels, théâtres, usines, ateliers, bureaux, écoles et établissements analogues, le nombre des cabinets d'aisances sera déterminé par l'administration, dans la permission de construire, en prenant pour base le nombre de personnes appelées à faire usage de ces cabinets.

Dans les immeubles indiqués au paragraphe précédent, le propriétaire ou le principal locataire sera responsable de l'entretien en bon état de propreté des cabinets à l'usage commun.

Art. 2. — Tout cabinet d'aisances devra être muni de réservoirs ou d'appareils branchés sur la canalisation, permettant de fournir dans ce cabinet une quantité d'eau suffisante pour assurer le lavage complet des appareils d'évacuation et entraîner rapidement les matières jusqu'à l'égout public.

Art. 3. — L'eau ainsi livrée dans les cabinets d'aisances devra arriver dans les cuvettes de manière à former une chasse vigoureuse. Les systèmes d'appareils et leurs dispositions générales seront soumis au Conseil municipal avant que leur emploi par les propriétaires soit autorisé. Ils seront examinés et reçus par le service de l'assainissement de Paris avant la mise en service.

Art. 4. — Toute cuvette de cabinets d'aisances sera munie d'un appareil formant fermeture hydraulique et permanente.

Néanmoins, l'administration pourra tolérer le maintien des installations, lorsque celles-ci le permettront, à la condition qu'il soit établi, à la base de chaque chute, un réservoir de chasse automatique convenablement alimenté.

Art. 5 — Il sera placé une inflexion siphoïde formant fermeture hydraulique permanente à l'origine supérieure de chacun des tuyaux d'eau ménagère.

Art. 6. — Les tuyaux de descente des eaux pluviales seront munis également d'obturateurs à fermeture hydraulique permanente interceptant toute communication avec l'atmosphère de l'égout.

Art. 7. — Les tuyaux devront être aérés d'une manière continue.

Art. 8. — Les descentes d'eaux pluviales et ménagères et les tuyaux de chute destinés aux matières de vidanges ne pourront avoir un diamètre inférieur à 8 centimètres, ni supérieur à 15 centimètres.

Art. 9. — Les chutes des cabinets d'aisances avec leurs embranchements ne pourront être placés sous un angle supérieur à 45° avec la verticale.

A l'origine supérieure de chacune de ces chutes, il devra toujours être placé une inflexion siphoïde formant fermeture hydraulique permanente, sous réserve de tolérance prévue à l'article 4. Chaque tuyau de chute sera prolongé au-dessus du toit jusqu'au faîtage et librement ouvert à sa partie supérieure.

Art. 10. — La projection de corps solides, débris de cuisine, de vaisselle, etc., dans les conduites d'eaux ménagères et pluviales, ainsi que dans les cuvettes des cabinets d'aisances est formellement interdite.

Art. 12. — L'évacuation des matières de vidange sera faite directement à l'égout public avec les eaux pluviales et ménagères dans les voies désignées par arrêtés préfectoraux après avis conforme du conseil municipal, au moyen de canalisations parfaitement étanches, ventilées et prolongées dans le branchement particulier jusqu'à l'aplomb de l'égout public.

Art. 22. — Les fosses, caveaux, etc., rendus inutiles par suite de l'application de l'écoulement direct à l'égout, seront vidangés, désinfectés et comblés.

Art. 25. — Des fosses fixes nouvelles ne pourront être établies, à titre provisoire, que dans les cas à déterminer par l'administration et lorsque l'absence d'égout, les dispositions de l'égout public et de la canalisation d'eau, ou tout autre cause, ne permettront pas l'écoulement direct des matières de vidange à l'égout.

Hygiène des nouveau-nés.

La direction de l'Hygiène publique au ministère de l'intérieur vient d'inviter les préfets à prendre un arrêté d'interdiction, pour l'allaitement artificiel des enfants, non seulement des biberons métalliques, mais encore des biberons à tubes de différents types de fabrication dont l'usage était encore autorisé par les médecins

inspecteurs. Il sera aussi défendu aux nourrices d'administrer aux enfants âgés de moins d'un an une nourriture solide quelconque à moins d'une prescription médicale *formulée par écrit*.

Tarif de désinfection à Paris.

Un arrêté du préfet de la Seine, rendu en exécution d'une délibération du Conseil municipal de Paris, fixe le tarif suivant pour les désinfections effectuées par les soins des étuves municipales :

Pour un loyer matriciel inférieur à 800 fr., néant ; pour un loyer matriciel de 800 à 999 fr., 5 fr. ; de 1,000 à 1,999 fr., 10 fr. ; de 2,000 à 2,999 fr., 15 fr. ; de 3,000 à 3,999 fr., 20 fr. ; de 4,000 à 4,999 fr., 30 fr. ; de 5,000 à 5,999 fr., 40 fr. ; de 6,000 à 6,999 fr., 50 fr. ; de 7,000 à 7,999 fr., 60 fr. ; de 8,000 à 8,999 fr., 80 fr. ; de 10,000 à 14,999 fr., 100 fr. ; de 15,000 à 19,999 fr., 150 fr. ; de 20,000 et au-dessus, 200 fr.

Cette part contributive comprendra le passage à l'étuve des objets contaminés et la désinfection des locaux.

Elle ne sera due qu'une seule fois pour une même maladie, quel que soit le nombre des opérations auxquelles cette maladie aura donné lieu.

Hôpital Boucicaut.

Cette semaine a eu lieu au tribunal de commerce l'adjudication, au rabais et sur soumissions cachetées, des travaux à exécuter pour la construction de l'hôpital Boucicaut. Le 1er lot (terrasse et maçonnerie), évalué à 1 million 542,437 fr. 68, a été adjugé à M. Pradeau, offrant un rabais de 35.60 0/0. Le 2e lot (charpente), évalué à 188,122 fr. 24, a été adjugé à MM. Collas et Vézet, offrant un rabais de 40.10 0/0. Le 3e lot (couverture et plomberie), évalué à 220,724 fr. 24, a été adjugé à MM. Ducroux frères, offrant un rabais de 43.70 0/0. Le 4e lot (menuiserie), évalué à 268,162 fr. 91, a été adjugé à M. Bouillon, offrant un rabais de 37.99 0/0. Le 5e lot (serrurerie), évalué à 440,421 fr. 41, a été adjugé à M. Gouin, offrant un rabais de 40.70 0/0. Le 6e lot (peinture et vitrerie), évalué à 161,900 fr. 14, a été adjugé à M. Rondeau, offrant un rabais de 54.20 0/0. Le 7e lot (fumisterie), évalué à 17,780 fr., a été adjugé à MM. Forest et Guigunrdet, offrant un rabais de 40 0/0. Le 8e lot (gaz), évalué à 15,058 fr. 68, a été adjugé à la Société coopérative des couvreurs et plombiers, offrant un rabais de 43.30 0/0. Le 9e lot (pavage), estimé à 12,139 fr. 15, a été adjugé à M. Brunet, offrant un rabais de 35.80 0/0. Le 10e lot et dernier (marbrerie), évalué à 15,037 fr., a été adjugé à la Société marbrière d'Avesnes, offrant un rabais de 29 0/0. — On remarquera que les rabais dépassent presque tous 30 0/0, quelques-uns atteignent presque 50 0/0. Ces constatations nous semblent avoir une certaine importance. Les architectes forcent sans doute un peu la note. A quoi cela peut-il bien servir ! ! (*Progrès Médical.*)

Les colonies scolaires en Hongrie.

Une Société, fondée en 1882, a pris à sa charge l'organisation de ces colonies à Budapest. Elle envoie les enfants des écoles en villégiature durant l'été. Cette année, le nombre des bénéficiaires de cette mesure a été de 610.

MM. Fodor et Rozoofi, qui ont été appelés à en suivre les résultats hygiéniques, ont constaté sur ces enfants une augmentation de 4 à 6 kilogrammes après leur séjour au grand air.

Voilà un argument décisif en faveur de la colonisation estivale des enfants des villes.

Inspection des viandes à Paris.

Se préoccupant d'assurer à la fois l'unité de direction, meilleure répartition et bon recrutement du personnel de l'inspection des viandes de boucherie, MM. Barrier et Fourest ont préparé un projet complet et très étudié de réorganisation de tous les services. Tenant compte du chiffre de la population animale, ils partagent le département en huit secteurs, dont l'un, celui des Halles, est central, et les autres sont à cheval sur Paris et sur la banlieue. Chaque secteur a un abattoir desservi par un certain nombre de vétérinaires. Si le détail de cette organisation ne peut guère être goûté des profanes, un point néanmoins est intéressant à retenir pour tous ; c'est que le service actuel, avec les augmentations demandées par le préfet, coûtera 501,751 fr., tandis que le nouveau service, tel que l'entendent les auteurs du projet, ne reviendra qu'à 443,516 francs. MM. Barrier et Fourest promettent donc à la fois économie et meilleure surveillance des viandes qui servent à l'alimentation parisienne, double avantage qui ne saurait certes nous laisser indifférents. Que le conseil général se hâte donc de discuter leur projet. Les intérêts publics ne peuvent que gagner à des discussions sur de telles bases.

Corps de santé de la marine.

Le niveau scientifique des 72 candidats de la ligne médicale déjà reconnus admissibles aux épreuves orales à la suite des examens écrits, étant assez élevé pour permettre de porter à 55, au lieu de 48 (nombre fixé le 7 juillet dernier), le nombre des admissions pour les élèves en médecine, le ministre de la marine vient de décider, sur la proposition du président du jury de concours, que le chiffre des étudiants en médecine à admettre à l'Ecole de Bordeaux, en 1894, sera de 55. — Le nombre des élèves en pharmacie reste fixé à 2.

Après avoir pris l'avis du Conseil supérieur de santé, le ministre de la marine a décidé que les autorités de son département auraient à se conformer, le cas échéant, aux dispositions prises, sous la date du 2 mai dernier, par le ministre de la guerre, relativement aux obligations imposées aux chefs de corps et de service, ainsi qu'aux médecins militaires, par l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892, concernant les déclarations à faire en cas de maladies épidémiques.

Service de santé militaire.

Comité technique au ministère. — Par décision ministérielle, en date du 12 septembre 1894, M. Robert, médecin principal de première classe, professeur d'anatomie chirurgicale à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires, a été désigné comme membre du Comité technique de santé.

Distinctions honorifiques.

A l'occasion du voyage présidentiel à Châteaudun, sont nommés : *Chevalier de la Légion d'honneur* : M. le Dr Carivenc, médecin-major ; — *Officiers d'Académie* : M. le Dr Raimbert (de Châteaudun) ; la sœur Odile, directrice de l'établissement de sourds-muets de Nogent-le-Rotrou. — Par décret, en date du 16 septembre 1894, M. Lœderich, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 3e corps d'armée, a été promu au grade d'*Officier* dans la *Légion d'honneur*. — M. le Dr Biau, propriétaire-éleveur à Cancon, est nommé *Chevalier du mérite agricole*.

L'éducation médicale des femmes en Russie.

Le gouvernement russe vient d'agréer l'organisation du nouveau collège médical pour les femmes à Saint-Pétersbourg.

L'âge d'admission sera de 18 à 35 ans. Les études théoriques dureront quatre années après lesquelles les étudiantes séjourneront durant deux années dans les hôpitaux.

Un diplôme spécial sera délivré à la fin des études.

Le Congrès d'hygiène à Madrid en 1895.

Le 8e Congrès d'hygiène a été clôturé à Budapesth. On a proclamé la ville de Madrid comme siège du futur congrès qui se tiendra en 1895 dans cette ville.

Les antiseptiques et la conservation des aliments au Conseil d'hygiène de la Seine.

Cette assemblée vient, sur le rapport de M. Nocard, de prohiber l'emploi des antiseptiques dits inoffensifs pour assurer ou prolonger la conservation des substances alimentaires d'origine animale. Il s'agissait de l'acide borique, du borax et du bisulfite de soude.

Cette prohibition est motivée sur ce que l'emploi de ces produits permettrait de mettre en vente des viandes déjà avariées, modifierait leur valeur nutrive et pourrait y introduire des composés arsenicaux provenant de la fabrication industrielle de ces produits antiseptiques.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie Schiller, 10, rue du Faubourg-Montmartre.

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 40 — 6 Octobre 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr **F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* Dr **Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement du spina bifida (1).

Par le Dr Pierre Sebileau, professeur agrégé à la Faculté.

DÉFINITION

Le spina bifida est une affection congénitale, déterminée par le défaut de soudure des deux moitiés d'un ou de plusieurs arcs vertébraux. Par cette fissure font hernie les enveloppes médullaires distendues par du liquide céphalo-rachidien, et quelquefois aussi la moelle épinière. Le spina bifida est une schise postérieure.

L'embryologie explique la pathogénie du spina bifida. Ce vice de conformation est, en effet, la conséquence d'un arrêt de développement de la colonne vertébrale, arrêt dont la cause première n'est pas encore nettement établie.

PATHOGÉNIE

Un mot d'embryologie. Au niveau de la ligne primitive de l'embryon, l'ectoderme se déprime et forme une gouttière appelée gouttière médullaire, origine du canal neurentérique et de la moelle. En avant de la gouttière médullaire, apparaît, en arrière du feuillet interne, au milieu du mésoderme, un cordon cellulaire, la *notochorde*, très allongé. C'est là l'axe premier du squelette, le gubernaculum du rachis, le fil de chapelet des corps vertébraux du coccyx à l'occipital, comme dit le professeur Farabeuf. Bientôt, en effet, on voit le tissu mésodermique qui entourait la notochorde (*lame vertébrale*) subir des fissures, des clivages et se diviser ainsi en une série de petites masses cellulaires superposées, les *protovertèbres*. L'os, à ce moment membraneux, mais dans lequel apparaîtra bientôt, au bout d'un mois, du cartilage et, au bout de deux mois, du tissu osseux, l'os qui entoure la notochorde s'appelle le *central*, le *chordal*, le *périchordal*. C'est le futur centre de la vertèbre. En arrière de lui, se développe le *neural*. Il existe deux neuraux, l'un à droite, l'autre à gauche. Ces deux neuraux ont comme une tendance à embrasser le central; en avant de lui, ils marchent l'un vers l'autre, mais ne se rencontrent pas; l'espace qu'ils laissent ainsi libre sera plus tard la voie par laquelle se dégageront les veines des corps vertébraux; en arrière du central, les deux neuraux se rapprochent aussi, comme pour l'isoler. Chaque neural se compose d'une tête qui appuie sur le central, d'un col et, enfin, d'une queue qui se porte en arrière, puis en dedans, autour de la moelle épinière, comme pour entourer celle-ci et rejoindre la queue du neural correspondant du côté opposé. Ce neural représente les *pédicules* et les *lames vertébrales*. En s'unissant en arrière, deux neuraux correspondants donnent naissance à l'*apophyse épineuse*. Du neural se détache la masse apophysaire, formée par les *apophyses transverses et articulaires*. Rien à dire ici du *costal*, le troisième os de la vertèbre.

Le *central* apparaît sous forme de deux granules d'ossification, qui ne restent séparés que pendant vingt-quatre heures à peine; l'antérieur est en avant de la notochorde, le postérieur en arrière; le premier est beaucoup plus important que le second.

Chaque neural se développe par trois points d'ossification (un pour l'apophyse articulaire supérieure, un pour l'apophyse articulaire inférieure, un pour l'apophyse transverse), qui se réunissent bientôt; l'ossification marche alors rapidement d'avant en arrière, pour entourer la moelle. A un an, tous les neuraux sont soudés en arrière. Voici à quelle époque s'opère cette fusion des queues neurales en arrière de la moelle : pour les lombes, 6 mois; pour le dos, 9 mois; pour le cou, 12 mois.

Le développement de la moelle se fait parallèlement à celui du rachis, mais il est beaucoup plus précoce. Dès la huitième ou la neuvième semaine, il est complet, alors que celui du rachis est loin d'être achevé. Plus tard, au contraire, le développement de la colonne vertébrale continue son évolution, tandis que celui de la moelle est terminé; alors la moelle qui, au début, descendait jusqu'au sacrum, ne dépasse pas le niveau de la première lombaire.

(1) Extrait d'un livre sous presse qui paraîtra chez O. Doin : *Thérapeuthique chirurgicale des maladies du rachis*.

Ces données embryologiques ont une grande importance. Voici ce qu'on en peut conclure :

1° A un an, toutes les queues neurales sont soudées; donc, le spina bifida se produit toujours avant cet âge.

2° Le spina bifida étant plus fréquent aux lombes qu'au dos et au dos qu'au cou, tandis que la fusion postérieure des neuraux se produit d'abord aux lombes, puis au dos, puis au cou, c'est évidemment durant la vie fœtale ou les six premiers mois d'existence que se produit le spina bifida et qu'il faut en chercher la véritable cause.

3° Le développement de la moelle précédant de beaucoup celui du rachis, il peut exister une fissure vertébrale sans arrêt de développement de la moelle épinière.

Je ne parle pas de la véritable raison de cette schise; elle est inconnue.

APERÇU CLINIQUE

Le spina bifida peut se rompre pendant la vie intra-utérine ou pendant l'accouchement. Si cet accident ne survient pas, voici ce que l'on constate à la naissance.

A la vue, s'étale au milieu du rable une tumeur médiane, arrondie ou elliptique, recouverte d'une peau qui est soit épaisse, soit amincie et complètement transparente. La poche est tantôt pédiculée, tantôt adhérente par une large base; elle peut présenter à son centre une dépression ombiliquée correspondant, selon Virchow, au point d'implantation de la moelle sur la paroi postérieure de la tumeur; souvent la peau est très poilue à son niveau.

Au palper, la tumeur est de consistance molle ou rénitente, fluctuante, quelquefois réductible; on peut sentir, dans certains cas, les bords de la fissure vertébrale.

Avec cela, des troubles de la motilité et de la sensibilité des membres inférieurs, des paralysies, des altérations trophiques revêtant l'aspect du mal perforant, des pieds-bots, etc., etc.

Mais le spina bifida peut se présenter sous un aspect différent, c'est-à-dire sans tumeur, et cela quand il existe une simple fissure vertébrale. C'est le *spina bifida occulta* de Recklingausen.

Quelle que soit la forme qu'il revête, le spina bifida a une évolution variable. La guérison s'observe rarement par transformation kystique ou atrophie de la tumeur. Plus souvent, celle-ci augmente de volume, se rompt et une méningite se déclare. D'autres complications nombreuses peuvent emporter le malade.

Aussi le pronostic est-il sombre. En l'année 1882, 649 jeunes Anglais sont morts de spina bifida, presque tous avant un an.

TRAITEMENT

Aussi faut-il intervenir. Et ici deux cas se présentent :
1° Voici un enfant naissant ;
2° Voici un enfant âgé de quelques mois.

1° Voici un enfant qui naît avec un spina bifida.

A. Quand faut-il intervenir?

De suite? Oui, si la tumeur est ulcérée, sur le point de se rompre. Non, si les enveloppes sont saines; Walther a publié un cas intéressant d'intervention heureuse.

Attendre, alors? Oui. Voici pourquoi : 1° parce que le spina bifida peut guérir spontanément; 2° parce que les enfants, toujours malingres et chétifs à leur naissance quand ils sont porteurs d'une pareille difformité, peuvent se fortifier, prendre de la résistance.

B. Que faut-il faire en attendant?

Surveiller l'enfant; si un jour il y a menace de rupture, si l'enfant dépérit, s'il survient des accidents, on opérera. C'est l'expectation armée. Mais il faudra, dans la mesure du possible, protéger la tumeur. La *compression* est tout indiquée pour cela. On n'en est plus à assimiler, comme A Cooper, le spina bifida à la hernie inguinale et il serait inutile de demander à ce moyen autre chose que ce qu'il peut donner. Curatif, il ne l'est pas; palliatif, voilà bien sa seule qualité. Il protège la tumeur contre la souillure de l'urine et des matières fécales; il la met à l'abri des heurts, des chocs. Et c'est tout. Suivant vos préférences ou les avantages que vous y trouverez, employez un appareil plâtré, une simple bande roulée, un bandage herniaire, une pelote concave, n'importe quoi en somme, mais n'oubliez pas qu'une surveillance attentive s'impose : la compression est, en effet, difficile à exercer; la tumeur fuit sous votre appareil, trop volumineuse ou trop distendue. Et puis des accidents peuvent survenir : convulsions, paralysies, hydrocéphalie, etc.

2° Voici un enfant de quelques mois avec un spina bifida.

A. Faut-il intervenir?

Je ne crois pas qu'il faille aujourd'hui imiter les chirurgiens qui, se fondant sur l'incurabilité de la maladie, s'abstiennent systématiquement, tant qu'il n'y a ni troubles ni complications. Si on voit, en effet, le spina bifida rester quelquefois stationnaire, souvent aussi, à cette malformation viennent se joindre quelques complications : pieds-bots, paralysies, troubles trophiques; ne sont-ce pas là autant d'arguments en faveur de l'opération?

Mais faut-il intervenir toujours? Non, dit Mayo Robson. Et avec lui, on pourrait poser comme contre-indications :

1° Les cas où la gravité du mal est insuffisante pour justifier une opération aussi périlleuse (sac très petit, enveloppes épaisses et fermes qui peuvent former un solide tampon à la moelle);

2° Les cas où la gravité du mal est si considérable que l'intervention est une condamnation à mort (difformité très étendue, fissure occupant toute la longueur du canal rachidien, paraplégie complète, énorme sac, enveloppes très minces, absence de peau suffisante pour recouvrir les méninges).

B. Que faut-il faire avant d'intervenir ?

1° Parfaire le diagnostic anatomique. — Voici une tumeur unique, pédiculée ou non, transparente, sans douleur à la pression, fluctuante. On peut ponctionner aseptiquement et analyser le liquide ; il contient ordinairement du sucre. Par la palpation, avant ou après la ponction, ne pas oublier d'apprécier l'étendue de l'orifice de communication. Bref, la tumeur est jugée opérable ; ce n'est pas tout.

2° Le sac renferme-t-il de la moelle ? — Voici sur quoi peut se baser ce diagnostic :

a) *Le siège de la tumeur.* — A la région cervicale la moelle fait rarement partie de la poche; quand il en est ainsi, on observe, la plupart du temps, des troubles respiratoires, des convulsions, etc.

A la région dorsale, la moelle pénètre assez souvent dans la tumeur, y décrit une ou plusieurs inflexions et rentre dans le canal.

A la région lombaire, c'est la queue de cheval.

b) La forme de la tumeur. — La dépression ombiliquée (1er signe de Wirchow) serait un signe certain de la présence de la moelle. Ne pas négliger non plus le sillon médian qu'on observe quelquefois sur la tumeur.

c) L'aspect des téguments (2e signe de Wirchow). — Une vascularisation considérable et une rougeur anormale, seraient, pour Wirchow, le signe de l'adhérence de la moelle aux parois.

d) La transparence. — Si la tumeur est transparente comme une hydrocèle, il s'agit, sans doute, d'une méningocèle pure.

e) La largeur de l'orifice de communication. — Il est évident que plus l'orifice est petit, moins il y a de chances pour qu'il livre passage à la moelle ou aux nerfs. Ces dimensions peuvent s'apprécier directement par la palpation avant ou après ponction.

f) La consistance. — On doit croire à la présence de la moelle si la fluctuation n'est pas bien nette et si elle a quelques analogies avec celle d'un lipome. Si la tension n'est pas excessive, on peut sentir un cordon dur.

g) Les troubles paralytiques. — A la vérité, en dehors de la dépression ombiliquée de Wirchow, chacun de ces signes, pris isolément, n'a pas grande valeur; tous ensemble, ils forment un bon faisceau de preuves.

3° Le sac renferme-t-il des nerfs, et si oui, de quelle espèce?

Je dis de quelle espèce, car il peut exister, dans l'intérieur de la poche, deux espèces de cordons nerveux: 1° les uns traversent le sac et en sortent ensuite pour aller prendre part à la formation des plexus; 2° les autres se fixent et se perdent sur les parois du sac. Il faut *respecter* les premiers, parce que *utiles*; on peut impunément *sectionner* les seconds, parce que *inutiles*.

Mais quel est le moyen de faire ce diagnostic? Je ne crois pas qu'il y en ait. C'est au cours de l'intervention que cela se découvre. En règle, plus la schise est étendue, plus augmentent pour le chirurgien les chances de rencontrer des cordons nerveux.

C. Comment faut-il intervenir ?

Je passe sur la ponction, l'incision, l'électrolyse, le séton, la cautérisation.

Tous ces procédés opératoires sont des procédés anciens; ils ont été la cause de complications graves; leurs résultats étaient insuffisants ou désastreux; aussi sont-ils tombés dans l'oubli; il ne faut pas les en sortir.

Trois méthodes me paraissent pouvoir être aujourd'hui raisonnablement appliquées: les *injections modificatrices*, la *ligature* et enfin l'*excision* qui est le vrai procédé de cure radicale.

Mais à laquelle donner la préférence? Eh bien! cela dépend des cas. C'est, on peut le dire, une affaire de pédicule plus ou moins large et d'orifice plus ou moins grand. A la ligature et aux injections modificatrices qui sont des procédés simples, conviennent les cas simples; à l'excision qui est, ou tout au moins qui paraît plus compliquée, conviennent les cas compliqués. Et, je le répète, ce qui fait ici la simplicité ou la complication, c'est l'étendue de la schise, le volume de la tumeur et la puissance de son pédicule.

De sorte qu'en résumé, on peut se tracer la ligne de conduite suivante:

Si le spina bifida est petitement pédiculé, si l'orifice de communication est étroit, difficilement perméable, oblitéré même, la tumeur est ordinairement, dans ces cas, dépourvue d'éléments nerveux dans son intérieur; elle est alors justiciable d'une méthode facile (ligature du pédicule, injections modificatrices), procédés avec lesquels on peut facilement obtenir la guérison.

Si, au contraire, le spina bifida n'est pas supporté par un étroit pédicule, si la base d'implantation est large et que la poche communique largement avec le canal rachidien, il faut éliminer systématiquement toutes les méthodes comme la ligature ou la section du pédicule sans ouverture du sac, même sur les malades chez lesquels le pédicule est assez net pour permettre leur application; ce sont, en effet, des procédés aveugles, avec lesquels on s'expose à retrancher des éléments nerveux qu'il vaudrait mieux ménager; de plus, il est presque impossible d'obtenir la cure radicale, car l'étendue de la schise permettrait plus tard à la hernie de se reproduire. L'intervention doit, dans ces cas, être plus radicale; il faut recourir à l'incision suivie de la dissection méthodique du sac et terminée par l'excision de celui-ci.

Telles sont les indications opératoires: étudions les procédés.

(*A suivre.*)

CHIRURGIE ABDOMINALE

A propos de l'hystérectomie vaginale.

M. Baudron vient d'écrire un travail intéressant sur l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des lésions bilatérales des annexes utérines. L'auteur était bien placé pour étudier cette question qui est à l'ordre du jour depuis quatre ans environ. Peut-être s'est-il trop laissé entraîner par l'enthousiasme pour une opération qu'il a vu naître, se développer et conquérir une grande place dans la gynécologie française. J'aurai, je l'espère, l'occasion d'examiner différentes objections qui ont été prises en considération par M. Baudron, mais qui n'ont pas été complètement résolues, du moins à mon avis.

En attendant, je demande la permission de relever deux faits qui me sont personnels.

M. Baudron a bien voulu me citer. Voici ce que je lis: « M. Pichevin juge l'hystérectomie d'une phrase: c'est le produit plus ou moins inavoué d'erreurs de diagnostic parfois grossières ».

Eh bien! non, mon jugement n'est ni aussi sommaire, ni aussi tranchant que semble l'indiquer cette phrase tirée d'un article paru dans la *Médecine Moderne* en 1891. Pourquoi n'avoir pas reproduit les conclusions que j'ai formulées au Congrès de Gynécologie de Bruxelles et qui sont tirées textuellement de l'article en question? On me permettra de les publier encore une fois:

« L'hystérectomie vaginale convient aux cas de suppurations larges, diffuses, éparpillées dans des loges multiples qui entourent l'utérus et qui sont difficilement énucléables. La même opération est applicable aux femmes ayant des fistules qui font communiquer une poche suppurée du bassin soit avec l'intestin, soit avec la vessie, soit encore avec le vagin. Enfin, la castration utérine est une dernière ressource que l'on doit tenter, quand l'extirpation des annexes par la voie abdominale n'a pas donné un résultat satisfaisant.

» Mais les salpingites catarrhales parenchymateuses, les hématosalpinx, les grossesses extra-utérines, les grandes

poches salpingiennes suppurées, etc., guérissent très bien quand elles sont traitées convenablement par la voie abdominale.

» Il n'y a donc pas lieu de reléguer la laparotomie au rang des opérations démodées et inapplicables aux affections oophoro-salpingitiques. »

Est-ce déraisonnable ? Est-ce exagéré ? Je pense que non, même à cette heure, au moment où l'hystérectomie vaginale a bénéficié des progrès réalisés dans la technique opératoire.

M. Baudron n'a peut-être pas lu mon article en entier. Je remarque que l'indication bibliographique de mon article est inexactement rapportée par M. Segond dans les comptes rendus du Congrès de gynécologie de Bruxelles et que M. Baudron reproduit la même erreur dans son travail.

Que signifie donc ma phrase : « La castration utérine est un produit plus ou moins inavoué d'erreurs de diagnostic parfois grossières » ? Il suffit de parcourir les quelques colonnes de la *Médecine Moderne* qui ont été remplies par ma prose pour avoir une compréhension très nette de cette phrase. Du reste, les lignes suivantes complètent ma pensée. « Appliquée tour à tour à la cure des endométrites, des névralgies utéro-ovariennes, cette opération a été entreprise dans un but d'exploration de la cavité pelvienne. Quand on découvrait une lésion quelconque, c'était parfait. Dans le cas contraire, on n'avait plus qu'à se féliciter d'avoir enlevé un utérus normal sans avoir tué l'opérée. »

M. Baudron, dans sa thèse, rapporte le cas d'un chirurgien qui fait une hystérectomie pour remédier à une métrite rebelle. L'opérateur constate, au cours de l'intervention, que les deux ovaires étaient gros comme une mandarine et purulents. « Le chirurgien ne s'était pas préoccupé de l'état des annexes avant de prendre le bistouri. » Voilà des erreurs de diagnostic ; voilà comment est née la castration utérine. C'est tout ce que j'ai voulu dire.

En septembre 1892, après le Congrès de Bruxelles, j'écrivais dans les *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie* : « Je reconnais pour ma part que mes craintes, en ce qui concerne la blessure de l'uretère, l'hémorrhagie, l'ouverture de la vessie et du rectum étaient exagérées, mais suffisamment justifiées ». Ma conviction est restée la même.

Grâce aux perfectionnements apportés par Doyen, en particulier, dans la technique opératoire, le champ de l'hystérectomie s'est élargi, mais je crois toujours que c'est une opération d'exception et que la laparotomie est l'opération de choix dans la majorité des cas d'inflammation des annexes.

A mon sens, on abuse de la castration utérine et on commet parfois des mutilations inutiles.

Je passe au second reproche qui m'est adressé par M. Baudron.

Dans le chapitre consacré à l'hystérectomie vaginale pour perforation chirurgicale de l'utérus, M. Baudron écrit :

« Certainement M. Pichevin ne connaissait pas ces détails quand il écrivait faisant allusion au cas dont je viens de parler: « Je n'imiterai pas la conduite du chirurgien qui pratique d'emblée l'hystérectomie vaginale pour remédier aux accidents éventuels consécutifs à une perforation utérine que la curette venait de produire. Cette chirurgie préventive me semble trop radicale. Dans la crainte d'un danger on se précipite tête baissée dans une aventure qui est semée de périls. » Il suffit de lire l'observation en question pour être convaincu qu'il ne s'agissait là ni de chirurgie préventive ni d'aventure semée de périls, mais bien d'une intervention d'urgence rationnelle et justifiée ».

Ma surprise, je l'avoue, a été grande. Certainement je ne connaissais ni les détails, ni le fait lui-même rapportés par M. Baudron. L'hystérectomie vaginale pratiquée par M. Segond dans un cas de perforation utérine n'était totalement inconnue. Dans l'article visé par M. Baudron je faisais allusion à une observation publiée, je crois, dans les Bulletins de la Société obstétricale et gynécologique de Bruxelles. Il s'agissait, en toute hypothèse, d'un cas tiré de la pratique d'un gynécologiste étranger, — ma mémoire ne me trompe pas. Je puis, du reste, retrouver cette observation.

La critique de M. Baudron tombe donc à faux. Mais j'ai lu l'observation de M. Segond. Elle me prouve que je n'ai pas tout à fait tort, en ce sens que l'hystérectomie, même faite brillamment, expose à des hémorrhagies et à des hémorrhagies parfois graves. La malade qui a subi la castration utérine, après curage utérin, quand M. Segond s'est aperçu que la matrice était perforée, n'a-t-elle pas failli succomber à une perte de sang ? Il me semble que cette conclusion découle de la lecture de l'observation publiée par M. Baudron.

Je ne dis pas que la conduite du chirurgien dans ce cas n'ait pas été correcte, intelligente, fort justifiée. Quand des liquides antiseptiques sont injectés dans ces conditions dans le péritoine, il semble indiqué de leur donner une issue. Encore peut-on se demander s'il n'eût pas été plus simple et aussi logique d'ouvrir largement le cul-de-sac postérieur et d'établir un bon drainage. Mais il s'agit d'une simple objection et d'une objection théorique. Quand on tient le bistouri, il faut prendre des déterminations rapides et le temps n'est pas aux longues dissertations. Chacun fait pour le mieux, suivant sa conscience, suivant son tempérament chirurgical, suivant son éducation gynécologique.

Dans un prochain article j'analyserai le travail de M. Baudron avec toute l'impartialité requise en pareille matière. Il est bien entendu que cette défense *pro domo* n'influencera en rien mon jugement. Je tâcherai d'être équitable et de mettre en relief le mérite respectif des différents opérateurs qui ont contribué à vulgariser l'hystérectomie vaginale. R. Pichevin.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Chirurgie rénale.

A notre époque, où la chirurgie du rein est à l'ordre du jour, il est intéressant de connaître les résultats obtenus par les chirurgiens qui se sont le plus occupés de cet organe.

Le travail publié ces temps derniers par M. James-Israel est, à ce point de vue, du plus haut intérêt. Dans l'espace de onze ans, M. James Israel a pratiqué 8 opérations sur les reins avec une mortalité de 13.7 0/0 seulement, mortalité inférieure aux moyennes publiées jusqu'ici.

Il convient d'attribuer cet heureux résultat aux deux causes que voici : l'amélioration des moyens de diagnostic et l'emploi exclusif de la méthode extrapéritonéale.

La palpation savante permet de reconnaître, de bonne heure, les tumeurs circonscrites alors qu'elles offrent à peine le volume d'une cerise. D'autre part, elle permet de différencier les tumeurs du rein des tumeurs des organes voisins.

Dans le premier cas, l'extraction de la tumeur est rendue plus facile ; dans le second cas, on évite une cause d'erreur qui conduit à une extirpation transpéritonéale de la tu-

meur, augmente les difficultés opératoires et diminue les chances de succès.

Cette cause d'erreur provient souvent du foie. Il arrive que l'on diagnostique une tumeur maligne du rein là où il existe une tumeur maligne de la face inférieure du foie

Le cas s'est présenté deux fois devant M. James Israel.

Mais il y a, en dehors de la palpation, d'autres éléments de diagnostic des tumeurs du rein. On doit rechercher la présence de particules de néoplasme dans l'urine. D'autre part, le type de l'hématurie n'est point caractéristique. Aussi peut-on pousser l'examen plus loin et faire la ponction exploratrice de la tumeur avec une fine aiguille adaptée à une seringue de Pravaz. Par ce moyen, M. James Israel a réussi à amener, dans trois cas, une parcelle de tissu suffisante pour permettre de porter le diagnostic général de néoplasme. Toutefois, une cause d'erreur est à signaler; c'est lorsque la ponction donne du liquide. On sait, en effet, que les tumeurs malignes renferment parfois des kystes à contenu clair, riche en albumine.

La méthode d'opération rétropéritonéale est, selon M. James Israel, la seconde cause de l'amélioration de sa statistique. Il convient de faire, en effet, une grande incision transversale, oblique ou bien en arc de cercle. On détache ensuite le rein de son enveloppe cellulo-adipeuse et on l'enlève. Puis, l'enveloppe elle-même est extirpée, car elle peut renfermer des germes de la tumeur et être le foyer d'un nouveau mal. Il faut, enfin, se faire jour dans l'espace rétropéritonéal, à l'aide de longs écarteurs à lame large et polie, qui réfléchisse la lumière, pour compléter l'hémostase et suturer le péritoine, s'il y a lieu. La plaie est, en dernier lieu, drainée et non tamponnée, puis on la suture.

M. James Israel a été conduit à ces conclusions, spécialement par l'extirpation de tumeurs malignes du rein qu'il a pratiquée 12 fois. Dix opérés ont survécu à l'opération, dont trois sont morts, un an plus tard, de récidive. Un quatrième a succombé, au bout d'une année, à une péritonite par perforation probable de l'appendice. Les six autres opérés sont sans récidive et en bonne santé.

Deux opérés sont morts des suites de l'opération. Dans un cas, l'accident était dû à l'intoxication iodoformique, ce qui a conduit M. James Israel à renoncer à l'emploi des antiseptiques dans la plaie opératoire. Dans l'autre cas, la mort fut attribuée à l'action du chloroforme. Des recherches ultérieures de M. James Israel, à ce sujet, ont d'ailleurs démontré l'action nocive du chloroforme sur l'épithélium rénal.

En dehors des tumeurs malignes du rein, M. James Israel publie ses résultats pour les autres cas de chirurgie rénale et en particulier pour les cas de reins mobiles.

A ce sujet, l'auteur ne semble pas être très partisan de l'intervention opératoire. Suivant lui, les symptômes que l'on observe sont dus, moins à une mobilité anormale du rein qu'à une autre maladie (affection des organes génitaux, entéroptose, hystérie). Il importe alors d'instituer un traitement général, plutôt qu'un traitement local.

La néphropexie est cependant indiquée lorsque l'on se trouve en présence de cas de rein mobile où les attaques douloureuses rénales sont le prodrome de l'hydronéphrose intermittente, et dans les cas de rein mobile véritable où tous les autres traitements demeurent sans efficacité. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVII, 2.)

Chirurgie et physiologie de la rate.

Si la physiologie s'aide très souvent de la médecine, elle s'aide aussi quelquefois de la chirurgie. Il y a des organes dont la fonction n'est pas encore entièrement connue et leur ablation, quelle qu'en soit la cause, peut mettre le physiologiste sur la voie de cette fonction.

C'est ce qui semble résulter des recherches de M. Vulpius au sujet de la rate. Cet auteur a étudié cinq cas de splénectomies pratiquées dans la clinique de M. Czerny. Il a fait d'autre part des expériences sur les animaux et voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

Des cinq opérés de M. Czerny deux ont succombé par suite directe de l'intervention chirurgicale. Deux autres opérés, chez lesquels l'intervention avait été motivée par un volume considérable de l'organe et l'existence de troubles généraux graves, ont radicalement guéri. Le cinquième opéré est en voie de guérison.

Donc, trois guérisons sur cinq splénectomies et deux morts dont la cause n'est pas due à la suppression de l'organe.

Les trois opérés qui ont guéri n'ont présenté aucun symptôme grave pouvant être attribué à la suppression fonctionnelle de la rate. Chez deux d'entre eux apparut, le lendemain de l'opération, un état leucémique qui persista longtemps au même degré, pour ne disparaître complètement qu'au bout de quatre à cinq mois. Chez le troisième opéré, une augmentation de volume de plusieurs ganglions lymphatiques accompagna l'ablation de la rate.

On n'a pas encore suffisamment étudié les phénomènes qui suivent l'ablation de la rate chez l'homme. Quelquefois, on a observé cependant une hypertrophie des ganglions lymphatiques. Dans quelques cas, on a vu survenir un goître accompagné, dans un cas, des symptômes de la maladie de Basedow. Le fait est rare et encore ne faut-il pas l'attribuer absolument à l'intervention. Plus importantes et plus scientifiques sont les observations de splénectomie dans lesquelles il a été fait un examen du sang avant et après l'opération. On a alors fréquemment observé une augmentation plus ou moins rapide des leucocytes à la suite de l'ablation de la rate. Cette augmentation est-elle due à l'intervention, ou bien n'existe-t-elle que sous l'influence de certaines conditions ? C'est ce qu'il faudra démontrer. Quoi qu'il en soit, on ne peut pas dire qu'une partie de la fonction splénique soit de transformer les leucocytes en érythrocytes, car la diminution des globules rouges qui, dans cette hypothèse, devrait accompagner la splénectomie, n'a pas encore été suffisamment démontrée dans les cas pathologiques.

En définitive, quel est le rôle de la rate dans l'hématopoïèse ? Il ressort, dit M. Vulpius, des faits observés jusqu'ici, que l'ablation de la rate est suivie d'une diminution considérable du nombre des globules rouges et d'une augmentation numérique des leucocytes.

Quant à l'hypertrophie compensatrice des rates accessoires, elle est possible, mais elle n'a pas encore été nettement démontrée chez l'homme à la suite de l'ablation de la rate. D'ailleurs la fréquence de ces rates accessoires est très variable chez les différents individus. Enfin, les expériences faites sur les animaux tendent à démonter qu'une suppléance fonctionnelle peut être exercée, au point de vue de l'hématopoïèse, par les ganglions lymphatiques et la moelle osseuse.

En dernier lieu, si la rate possède en réalité la fonction hématopoïétique, il va de soi que la splénectomie aura des conséquences d'autant plus manifestes que l'organisme aura subi auparavant des hémorrhagies considérables. Or, les expériences démontrent bien que le sang se reforme lentement chez les animaux privés de rate ; mais M. Vulpius n'a pas constaté que les suites de la splénectomie fussent plus graves chez les animaux ayant subi une perte de sang préalable que chez ceux qui n'en avaient pas subi. (*Beitrage z. klin. Chir.*, XI, 3.)

Extirpation totale de la clavicule.

M. Norkus, au sujet d'une extirpation totale de la clavicule pratiquée à la clinique de Tubingue par M. Garré, a fait une revision de toutes les opérations de ce genre et s'est attaché à démontrer quel était l'avenir du membre supérieur privé de l'os que l'on considère, à juste titre, comme un arc-boutant. M. Norkus a ainsi réuni un ensemble de 73 cas. Dans 31 de ces cas, il s'agissait d'une nécrose ou carie de la clavicule. Le périoste fut conservé, une nouvelle clavicule se forma et les fonctions du membre supérieur ne furent donc nullement atteintes. 10 autres cas sont à éliminer comme inutilisables pour la démonstration de M. Norkus. Il reste donc 32 cas de désarticulation ou de résection à peu près totale de la clavicule opérées pour tumeurs malignes le plus souvent. Sur les 32 observations se rapportant à des néoplasmes de la clavicule, 10 seulement donnent des renseignements précis sur l'état fonctionnel du membre à la suite de l'opération. Or, en faisant abstraction de deux cas dans lesquels la clavicule s'était en partie régénérée, on peut dire que presque toujours les troubles fonctionnels ont été pour ainsi dire nuls et n'ont pas empêché l'opéré de reprendre ses occupations. Dans un cas seulement, le bras était resté faible au point que l'élévation de la main jusque sur la tête était impossible.

L'opérée de M. Garré avait 31 ans lorsque ce chirurgien extirpa totalement sa clavicule droite pour un sarcome myélogène. Le périoste fut en partie conservé, l'os ne se régénéra pas.

Voici quel était l'état de l'opérée lorsqu'elle fut revue cinq ans après l'opération. Il n'y avait pas de récidive. L'épaule droite était légèrement abaissée. L'omoplate droite, un peu écartée du tronc, était déplacée de façon que son bord spinal formait avec la ligne des apophyses épineuses un angle aigu ouvert en haut. Dans la toux et dans les efforts, le sommet du poumon droit faisait une saillie arrondie du volume d'une pomme. Dans les violents efforts, cette tumeur arrivait même à la hauteur du larynx. Elle disparaissait dans l'inspiration. Les mouvements actifs du bras droit étaient aussi étendus et aussi énergiques que ceux du bras gauche. Il n'y avait aucune trace d'atrophie musculaire et la force était égale pour les deux mains.

Ces faits démontrent bien que la clavicule n'est nullement indispensable à l'exécution de certains mouvements, tels que ceux qui portent le bras en avant, en arrière ou en haut. On considère la clavicule comme l'arc-boutant de l'épaule. Ce rôle est justifié. Cependant il faut noter que, dans le cas de M. Garré, l'épaule droite n'avait pas du tout teudance à se rapprocher du tronc d'une façon notable.

En somme, le rôle exact de la clavicule dans les mouvements de l'épaule n'a pas encore été établi, mais, ce que l'on peut dire, c'est que la clavicule doit être enlevée sans crainte et le plus tôt possible quand elle présente une tumeur maligne (*Beitrage z. klin. Chir.*, XI. 3).

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Contribution à l'étude des luxations spontanées du cristallin, par M. H. Sureau. — Th. Paris.

Il faut avoir l'œil malade pour que le cristallin se luxe. Le traumatisme peut intervenir tout au plus comme cause occasionnelle.

Ces luxations cristalliniennes spontanées sont toujours graves, car leur réduction est impossible par suite de la destruction de la zonule.

Aussi, l'extraction du cristallin s'impose-t-elle, par crainte de panophtalmie, dès que les phénomènes inflammatoires consécutifs aux troubles particuliers aux luxations se produisent.

Sur le traitement du mucocèle et de la dacryocystite par le raclage du sac, par M. E. Redouté. — Th. Paris, 1893.

Dans certains cas, la dacryocystite guérit par des moyens anodins, tels que passages de sondes, lavages, débridement d'un conduit lacrymal, médication anti-strumeuse, mais, le plus souvent, il est nécessaire de recourir à d'autres traitements, à des procédés sanglants qui permettront d'aller voir, toucher et modifier la muqueuse. Le plus simple et le plus efficace, d'après l'auteur, est celui du raclage avec réunion de la plaie, sauf à recourir aux procédés de destruction du sac si le raclage venait à échouer.

Contribution à l'étude de l'iritis séreuse, par M. Chatelot. — Th. Paris.

L'iritis séreuse s'observe surtout chez les individus débilités, anémiés, scrofuleux; chez les femmes présentant des troubles de la menstruation; dans la convalescence des maladies infectieuses; enfin, dans la syphilis maligne et dans la syphilis héréditaire; tout exceptionnellement dans le rhumatisme.

C'est un processus inflammatoire chronique ayant pour point de départ le corps ciliaire et les espaces lympbatiques péricornéens pouvant s'étendre au tractus uvéal tout entier. Il se caractérise par l'absence d'exsudats plastiques, laissant la pupille régulière; l'augmentation de profondeur de la chambre antérieure; la présence sur l'endothélium de la face postérieure de la cornée d'opacités plus ou moins nombreuses et volumineuses.

Le traitement s'adressera d'abord à l'état général du sujet. Presque dans tous les cas on devra employer le mercure. L'ésérine est appelée à rendre quelques services. Il va de soi qu'on doit proscrire l'atropine par crainte de poussées glaucomateuses.

Des hémorrhagies spontanées de l'appareil de la vision chez les adolescents, par M. D. Gontard. — Th. Paris.

Les hémorrhagies spontanées de l'œil, quels que soient les milieux intéressés, doivent être attribuées à une affection du cœur, à une affection de l'estomac et de l'intestin ou à des troubles de la menstruation.

L'hémorrhagie spontanée intra-oculaire est surtout une maladie de croissance comme l'épistaxis, plus fréquente chez les jeunes gens de quinze à vingt-deux ans.

Le pronostic est très grave. La vision est perdue et l'affection a une grande tendance à la bilatéralité, les deux yeux sont atteints et la cécité est la conséquence de cette bémorrhagie.

Quelques considérations sur la vision droite, par M. P. Oskierko. — Th. Paris.

Pourquoi voyons-nous droites les images renversées qui viennent se peindre sur le fond de l'œil? Question très controversée qui depuis la fin du seizième siècle a exercé la sagacité des physiciens et des philosophes. Il ne faut pas oublier, en effet, que c'est Giambattista della Porta qui vers cette époque découvrit la chambre obscure à laquelle notre œil peut être comparé.

M. Oskierko est venu après tant d'autres essayer de pénétrer ce problème. Et son mémoire plein d'aperçus nouveaux ne saurait être mieux résumé qu'en reproduisant les conclusions qui le terminent:

1° D'après les idées que nous avons actuellement sur les

fonctions du système nerveux, les conditions de la vision droite ne se trouvent pas dans les terminaisons périphériques du nerf optique.

2° Ces conditions ne se trouvant pas réalisées à la périphérie peuvent l'être au niveau de l'un des deux stades intermédiaires entre l'ébranlement périphérique et la perception qui sont : le stade de transmission au centre de l'ébranlement nerveux périphérique ou le stade de l'activité cérébrale.

3° Le processus objectif du deuxième stade nous étant complètement inconnu, les limites du premier indiquent les limites actuelles de la partie physiologique de la question.

4° D'après quelques faits recueillis, il paraît probable que les conditions de la vision droite se réalisent pendant le stade de transmission.

5° La réalisation de ces conditions paraît être d'autant plus rapprochée du centre de la perception que l'animal occupe une place plus élevée dans la série zoologique.

Sur la manière d'examiner l'état de la réfraction de l'œil, par M. Van den Bergh. — In la *Presse médicale belge*, 1894.

L'auteur réduit son appareil instrumental à la plus simple expression. Ni optomètre, ni ophtalmomètre. Un miroir plan, un miroir concave, le mètre et une série complète de verres d'essai : voilà tout son attirail. Comme échelles métriques il se sert du « Recueil » bien connu de Wecker, comprenant, comme on sait, un tableau d'optotypes de Snellen, un tableau à carrés de de Wecker, une table de lignes parallèles d'après Becker, la figure radiaire de Green et une série d'épreuves pour la lecture d'après Jaeger. Il y ajoute, pour l'épreuve rapprochée, le tableau de Steiger qui n'est qu'une échelle à carrés Wecker en miniature.

Au point de vue de la méthode d'examen, on ne saurait proclamer trop haut que la seule méthode cliniquement exacte est la méthode subjective de Donders. C'est elle qui décide du véritable état de la réfraction oculaire. Les méthodes objectives, même les plus précieuses, telles que la skiascopie, ne peuvent avoir d'autres prétentions que de servir de guide et de contrôle pendant l'examen subjectif. Il faut abandonner complètement l'ancienne méthode objective de la détermination quantitative de la réfraction qui donnait jadis plus de tourments que de résultats précis.

Ne commencer jamais un examen de la réfraction sans examiner au préalable l'état du fond de l'œil et la transparence des milieux, au miroir concave et à la loupe pour le fond de l'œil et pour les autres milieux au miroir concave ou plan ou à la simple loupe par éclairage oblique.

Une fois fixé sur le degré d'intégrité de l'organe, se mettre à la distance d'un mètre et faire pivoter skiascopiquement le miroir plan selon les principaux méridiens. On est ainsi renseigné immédiatement sur l'état approximatif de la réfraction qualitative et quantitative de l'œil examiné.

Pour l'examen subjectif, interroger chaque œil séparément, annoter d'abord l'acuité visuelle obtenue sans interposition de verres. Placer ensuite devant l'œil un verre inférieur au degré approximativement indiqué par la skiascopie. Augmenter la force du verre lentement.

Procéder ensuite à l'examen des deux yeux à la fois ; se rappeler que dans la vision binoculaire à distance, le relâchement de l'accommodation est stimulé par le parallélisme des lignes visuelles, stimulant que l'on supprime dans l'examen monoculaire. La force des verres doit donc être augmentée.

Par un contrôle skiascopique fait aussitôt on s'aperçoit, la réfraction sphérique étant corrigée, s'il ne persiste pas un degré quelconque d'astigmatisme. A. Terson.

De l'origine et des causes des phénomènes que l'on observe dans le procédé d'optométrie de Cuignet, dit kératoscopie ou skiascopie, par M. Bertelé. — In *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, 1894.

Intéressant travail dont nous reproduisons les conclusions :

1° Lorsque à l'aide d'un miroir on projette sur un œil, dans la direction de son axe optique, un faisceau lumineux, il se produit au fond de cet œil une image du miroir et de la source de lumière, à condition toutefois que la dernière puisse se former dans le champ de la première et s'y superposer.

2° Avec un miroir plan, l'image lumineuse se déplace dans le sens du cercle d'éclairage et du mouvement de rotation du miroir sur lui-même.

3° Avec un miroir concave ordinaire, à court foyer servant pour l'ophtalmoscopie, l'image de la lumière se déplace sur la rétine du sujet en sens inverse du cercle d'éclairage et de la rotation du miroir.

4° Suivant que le patient est emmétrope ou hypermétrope, d'une part, ou bien myope, ces images apparaissent à l'observateur telles qu'elles existent ou renversées.

Il peut y avoir avantage à se servir d'un miroir spécial, plan, quadrangulaire, de 6 centimètres de hauteur sur 3 de largeur par exemple, pour pratiquer la skiascopie.

Un miroir carré de 6 centimètres de côté, présentant en son milieu une bande verticale obscure, aurait l'avantage de doubler le phénomène et de le rendre plus facile à saisir.

Mais il est important de construire l'instrument en glace bien dressée, les inégalités du verre ordinaire pouvant donner l'illusion de l'astigmatisme irrégulier.

Ch. Amat.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 octobre.

La gastropexie.

La gastropexie est-elle toujours efficace et dans quels cas doit-on la pratiquer ?

M. Duret (de Lille) vient éclairer la question en rapportant à l'Académie l'observation d'une femme de cinquante et un ans, atteinte d'entéroptose avec dilatation et abaissement de l'estomac dans la région sous-ombilicale. La gastropexie fut le dernier traitement auquel on eut recours, tous les autres ayant échoué.

On se proposait dans cette opération le double but suivant : rechercher s'il n'existait pas de lésion pylorique curable, remonter ensuite l'estomac et le fixer à la paroi abdominale antérieure.

Les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants. La malade s'est trouvée mieux ; ses fonctions digestives se sont régularisées ; son poids a augmenté. Il n'y a plus eu de clapotement sous-ombilical, mais les troubles neurasthéniques n'ont jamais totalement disparu.

La gastropexie est donc une opération efficace dans les cas invétérés de prolapsus stomacal. Enfin, elle fixe l'estomac et fait disparaître la plupart des troubles morbides redevables à la nonfixité de cet organe.

Néphrolithotritie et néphrectomie dans les cas de calculs ramifiés du rein.

M. Duret. — On est d'accord, aujourd'hui, toutes les fois qu'un rein présente des calculs, sans complications de pyohémie ni d'atrophie de la glande, qu'il faut épargner l'organe et lui conser-

ver sa fonction. Dans ce but, on pratique généralement la néphrolithotomie. Mais, lorsqu'il existe dans le rein des calculs ramifiés, cette opération ne suffit pas, et elle doit être précédée par la néphrolithotritie de ces calculs. On broye d'abord pour extraire ensuite.

M. Duret a pratiqué récemment cette dernière opération pour extraire un calcul ramifié et enclavé dans le rein, dont le poids atteignait 120 grammes. Mais il a dû faire suivre cette néphrolithotritie d'une néphrectomie à cause de l'existence d'une poche purulente volumineuse et de l'état de destruction avancée du parenchyme rénal. L'opération a été suivie de succès.

De cette opération et des recherches auxquelles il s'est livré, M. Duret tire les conclusions suivantes :

a) Lorsqu'il n'existe pas de suppuration du bassinet ou lorsque les lésions sont peu étendues, l'extraction d'une pierre ramifiée pourra se faire par simple néphrotomie, mais celle-ci devra être précédée du broiement de la pierre, c'est-à-dire de la néphrolithotritie.

b) Si la pierre ramifiée est volumineuse et compliquée d'une pyonéphrose considérable et ancienne, il sera le plus souvent impossible de recourir à une néphrectomie d'emblée. Il faut alors procéder à l'opération par temps successifs :

1° Evacuation de la poche purulente soit au trocart, soit par section. Néphrotomie large sur le bord convexe du rein ;

2° Lithotritie *in situ* de la pierre, de manière à l'extraire en plusieurs fragments *:*

3° Néphrectomie du rein dégénéré et ablation de la poche.

Asymétrie acquise entre les deux moitiés du corps humain.

M. Le Dentu lit un rapport au sujet d'un travail de M. Clozier (de Beauvais).

M. Clozier attribue à la verticalité et à la dilatation de l'estomac la cause de l'ensemble des modifications de forme et de position des diverses parties du corps. Mais il n'a pas dit, pour appuyer son opinion, s'il existait une corrélation entre les troubles dyspeptiques de la dilatation stomacale et l'asymétrie du corps.

M. Clozier ramène ensuite l'ensemble des déviations qu'il a constatées à un abaissement d'ensemble de la moitié droite du corps, qu'il compare à l'abaissement de l'un des plateaux d'une balance par rapport à l'autre. Mais il semble ne pas tenir compte de la différence extrêmement importante qui existe entre les deux objets comparés.

Dans la balance, en effet, la tige verticale reste rectiligne, tandis que chez les sujets observés, il y a scoliose du rachis qui présente une concavité droite, liée à l'abaissement de la moitié droite du corps.

En somme, M. Clozier attribue à la dilatation de l'estomac l'incurvation du rachis à droite. On pourrait lui objecter que c'es là le fait d'une scoliose avec toutes ses conséquences habituelles. Mais, il faudrait pour cela reviser rigoureusement les points de repère relevés par M. Clozier et la nature des déformations qu'il a décrites.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 octobre. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Pseudo-rhumatisme dysentérique.

M. Picqué lit une observation adressée à la Société par M. Brault (d'Alger). Il s'agit d'un cas de pseudo-rhumatisme infectieux d'origine dysentérique, intéressant en ce que les manifestations articulaires ont été très précoces et qu'elles ont revêtu la forme purulente.

Péritonite circonscrite à pneumocoques.

M. Picqué. — M. Brault (d'Alger) nous a envoyé l'observation d'un malade âgé de 35 ans qui, à la suite d'une pneumonie, fut pris de rétention d'urine et de douleur dans la fosse iliaque droite, tandis que, dans la moitié inférieure droite de l'abdomen, se développait une tumeur mate, immobile, fluctuante, envahissant vers le mésogastre, faisant saillie dans le cul-de-sac de Douglas et comprimant la vessie. La température était de 38°. L'exploration du squelette étant restée négative, M. Brault porta le diagnostic de péritonite purulente enkystée, d'origine appendiculaire. La laparotomie fut pratiquée ; une incision longue de 15 centimètres, faite suivant la méthode de Max. Schuller, permit d'atteindre une poche qui fut ouverte et de laquelle s'écoula un pus d'odeur infecte. Des fausses membranes épaisses cachaient l'intestin ; on rechercha sans succès l'appendice vermiculaire. La cicatrisation fut rapide et complète. L'examen du pus y décela la présence de nombreux cocci isolés ou réunis en diplocoques, entourés d'une capsule, comme c'est le cas du pneumocoque de Frankel, mais il ne fut pas fait de culture et d'inoculation. Il est à regretter que M. Brault n'ait pas trouvé l'appendice iléo-cœcal et que l'analyse bactériologique du pneumocoque n'ait pas été plus complète ; ces deux éléments faisant défaut, son observation ne saurait entraîner la conviction. S'il est vrai que chez son malade il se soit bien agi d'une péritonite circonscrite à pneumocoques, l'observation est très intéressante ; si, en effet, on a pu observer — quoique très rarement — chez l'enfant cette variété de péritonite infectieuse, elle n'a pas encore été signalée chez l'adulte. A vrai dire, cela tient peut-être à ce que les abcès qu'elle détermine ont pu être confondus avec ceux d'une appendicite.

Un nouveau procédé de cheiloplastie.

M. Larger (de Maisons-Laffitte). — On peut reprocher à toutes les méthodes de restauration de la lèvre inférieure (française, italienne, indienne) de fournir un opercule inerte, cachant imparfaitement les dents, déformé, retenant mal la salive, et que surplombe une lèvre saine, ratatinée en bourrelet éléphantiasique. De là est venue l'idée d'emprunter un lambeau à la lèvre saine ellemême ; mais les procédés basés sur ce principe sont restés, jusqu'à ce jour, très défectueux ; je viens d'employer une méthode reposant sur la même idée et qui m'a donné un très heureux résultat. Ayant excisé un épithélioma de la lèvre inférieure qui occupait les deux tiers gauches de cette lèvre, j'ai ensuite, pour combler la perte de substance, taillé le lambeau suivant : à l'union des deux tiers gauches et du tiers droit de la lèvre supérieure, j'ai commencé une incision allant vers l'aile du nez et remontant jusqu'au niveau du cul-de-sac gingival ; sur cette première incision j'en ai fait tomber une seconde qui, partant de son extrémité supérieure, se dirigeait en bas et en dehors jusqu'au-dessous de la commissure labiale gauche ; puis, j'ai réséqué le rebord muqueux de ce lambeau triangulaire qui, de son propre poids, venait tomber sur la perte de substance et la recouvrir. La réunion a été facile ; le résultat est beau et bon ; la mastication et la phonation se font bien.

M. Berger. — J'ai l'intention de communiquer prochainement au Congrès de Lyon plusieurs procédés que j'ai imaginés pour la cheiloplastie ; je ne veux donc pas traiter à fond cette question. Mais le procédé de M. Larger me paraît avoir un grand défaut. Quand on répare une lèvre, le difficile n'est pas d'avoir de la peau (on en trouve toujours), mais bien de conserver un bordage muqueux. Or, c'est précisément sur ce revêtement muqueux que porte le sacrifice dans le procédé de M. Larger ; voilà pourquoi, *à priori*, il ne me semble pas applicable dans tous ses temps.

M. Kirmisson. — Je suis de l'avis de M. Berger ; et puis il y a autre chose : dans l'entaille qu'il pratique sur la lèvre supérieure, M. Larger détruit la musculature des lèvres, coupe les filets nerveux qui animent l'orbiculaire ; au résumé, il abîme la lèvre supérieure pour restaurer la lèvre inférieure ; c'est découvrir Paul pour couvrir Pierre.

M. Larger. — A M. Berger, je réponds simplement qu'il ne dépendait que de moi de conserver le rebord muqueux de mon

lambeau ; si je ne l'ai pas fait, c'est que cela était inutile. A M. Kirmisson je n'ai qu'une chose à dire : la théorie doit céder le pas aux faits ; or, voici mon malade ; il retient la salive, parle, mastique ; le résultat est très joli.

Traitement de la pleurésie purulente.

M. Sorel rapporte l'observation d'un malade à qui il a pratiqué la résection large du thorax et la décortication du poumon. Pour lui, voici la conduite que le chirurgien doit tenir en présence d'une pleurésie purulente. Il faut faire d'abord l'empyème sans lavages ; cela vaut mieux que la ponction simple. Si, quelques jours après l'empyème, il reste une petite cavité au niveau du sinus costo-diaphragmatique, il faut réséquer les dernières côtes, à la façon de Delagenière. Enfin, dès qu'on peut faire le diagnostic de rétraction du poumon, il n'y a plus à hésiter : il faut ouvrir largement le thorax, aller à la recherche du poumon et le décortiquer. On le voit se déplisser pendant l'opération elle-même et la dyspnée disparaît, pour ainsi dire, instantanément.

Infection puerpérale d'origine intestinale.

M. Sorel. — On a cru pendant un certain temps, après les travaux de Vidal, que le streptocoque était l'agent spécifique de l'infection puerpérale ; mais on n'a pas tardé à voir que cette conception était trop simple et que d'autres micro-organismes pouvaient produire, après l'accouchement, des accidents analogues : tels le staphylocoque, le vibrion septique, le bacterium coli, le pneumocoque, ainsi que l'ont démontré les travaux de Lesage, Demelin, Parmentier, Rendu, Budin, Bonnaire, Prioleau. De tous ces microorganismes, le plus important paraît être le bacterium coli. Les accidents qu'il détermine apparaissent d'habitude brusquement, aussitôt après l'accouchement, quelquefois même dans les derniers jours de la grossesse ; on les constate plutôt chez les femmes constipées, ayant de la dilatation stomacale et de l'entéroptose. C'est qu'en effet la puerpéralité place ces malades en état de réceptivité ; si alors les microorganismes intestinaux sont virulents, les organes génitaux sont menacés.

L'infection puerpérale, produite par le bacterium coli, revêt deux formes principales. Dans la première, il y a de la céphalée, du ballonnement du ventre, une élévation de la température — 38° à 40° — la langue est sèche, l'appétit nul ; des nausées, des vomissements apparaissent ; la diarrhée fait suite à la constipation ; la palpation est douloureuse au niveau du cœcum et de l'S iliaque ; ces régions sont le siège d'un tympanisme et d'un empâtement marqués. Dans les cas légers, plusieurs de ces symptômes peuvent manquer ; seule, la fièvre est constante ; dans les cas plus sérieux, malgré les purgatifs, l'infection dure 15, 20 jours ; il y a même des rechûtes après la guérison. La seconde forme est caractérisée par l'apparition d'autres symptômes ; peuvent se montrer alors la péritonite septique, la métrite, l'angioleucite et la phlébite utérines, la salpingite ; les lochies deviennent fétides ; l'appareil urinaire peut être attaqué lui aussi et la cystite apparaît, suivie de pyélo-néphrite ascendante.

Au milieu de tous ces symptômes, seul l'examen physique (ballonnement, sensibilité du ventre) permet, avec l'examen bactériologique des sécrétions, de porter le diagnostic. La véritable cause d'erreur consiste à prendre pour une diarrhée consécutive à une autre infection celle qui est la conséquence de la présence du colibacille virulent dans l'intestin.

Pour prévenir pareils accidents de la puerpéralité, il faut, dans les derniers temps de la grossesse surtout, surveiller les fonctions intestinales (purgations, etc.). Dès que les accidents ont apparu, il faut protéger l'appareil génital, laver le vagin, l'utérus si besoin est, et faire soigneusement, après chaque évacuation, la toilette de la vulve.

Modification à l'opération de Kraske.

M. Routier. — Je vous ai montré, quelques jours avant les vacances, un malade opéré par M. Monlonguet ; vous avez pu constater, comme moi, que le résultat était très heureux. Voici comment avait procédé ce chirurgien. Il s'agissait d'un malade ayant un cancer du rectum siégeant à 7 centimètres de l'orifice anal. Dans le premier temps fut pratiquée une résection sacro-coccygienne par la méthode de Kraske ; dans le second temps, tout le segment atteint par le néoplasme fut réséqué ; dans le troisième, après avoir sacrifié tout le bout inférieur (en ayant soin de ménager le sphincter), M. Monlonguet sépara le bout supérieur du tissu cellulaire environnant, l'attira fortement vers l'anus, et enfin put inclure ce bout supérieur dans le sphincter externe conservé, puis le suturer à la peau. Ce procédé, employé deux fois, a donné un succès ; sa pratique n'est pas très difficile, paraît-il ; seule, l'introduction du rectum abaissé dans le cylindre musculaire est un peu délicate. Pour ma part, j'ai plaisir à constater que sur le malade que j'ai examiné, les suites opératoires ont été excellentes (il y avait un sphincter solide et les matières étaient parfaitement retenues) ; mais je fais, malgré tout, les plus grandes réserves sur la modification apportée par M. Monlonguet au procédé de Kraske. Sans doute, l'idée est ingénieuse, mais l'exécution de la méthode, délicate pour des épithéliomas situés près de l'anus, devient tout à fait impossible après l'ablation de cancers très étendus ou de cancers placés très haut. Dans ces cas, il est absolument impossible d'attirer le bout supérieur au point de venir le faire passer dans le sphincter pour le suturer à la peau ; quelquefois même, c'est à grand'peine qu'on parvient à exécuter la vraie opération de Kraske, c'est-à-dire à réunir le bout supérieur au bout inférieur.

Ablation d'une tumeur du voile du palais par la voie sous-maxillaire.

M. Quénu. — Les tumeurs du voile du palais sont rares et bien pauvres sont les chapitres que leur consacre la littérature médicale. En voici une que j'ai enlevée ce matin ; elle est longue de dix centimètres et large de neuf : c'est un chondro-myxome. Du voile du palais qu'elle avait envahi tout entier, elle avait gagné, en s'insinuant entre les deux piliers et en s'engageant entre deux faisceaux d'insertion du constricteur supérieur, la région maxillo-pharyngienne, refoulant en arrière la parotide et descendant jusque dans le creux sous-maxillaire. C'est par là que j'ai cru devoir l'attaquer, les opérations buccales présentant toujours des inconvénients qu'il est bon d'éviter quand on le peut (hémorrhagie, asphyxie, infection de la plaie). J'ai pu, sans trop de peine, désenclaver la tumeur et l'énucléer. Mais je reviendrai plus tard sur tous ces points quand je présenterai le malade à la Société.

P. S.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Reins polykystiques.

M. Delore, interne des hôpitaux, présente l'observation d'une malade qui avait des reins polykystiques. Dans ses antécédents personnels, cette malade avait de la variole, une fausse couche et de l'alcoolisme. L'affection remontait à six mois. Il y avait eu de la céphalalgie, des vomissements, des douleurs lombaires violentes, puis de la dysphagie avec suffocation. A son entrée, on constatait les symptômes du brightisme avec anasarque ; au cœur, un bruit de galop sans souffle. La palpation bimanuelle permettait de reconnaître à droite une tumeur rénale, sans bosselures ; à gauche, l'examen était négatif. L'autopsie n'a pu être faite. Dans les deux cas, on était en présence de deux grosses tumeurs rénales qui n'étaient ni cancéreuses ni tuberculeuses.

Le diagnostic de rein polykystique est important à faire de bonne heure, parce qu'il est une contre-indication absolue à toute intervention chirurgicale.

Il y a trois théories pour expliquer la formation des kystes du rein. L'une en fait une maladie analogue à la maladie kystique de la mamelle. Une deuxième l'attribue à la rétention de l'urine

sécrétée. La troisième, soutenue par M. Bard, accuse la fragilité native des conduits urinaires.

Cavernes pulmonaires dans la tuberculose expérimentale du cobaye.

M. L. Dor présente des poumons de cobayes atteints de tuberculose avec formation de cavernes. Le fait est rare et demande explication.

Un auteur américain, M. Rudden, a tout récemment démontré que pour produire la formation de cavernes chez le cobaye, il fallait inoculer à cet animal à la fois le bacille de la tuberculose et le staphylocoque. Or, c'est ce qui a été fait dans le cas présent, mais d'une façon fortuite. Les cultures de la mamelle dont on avait inoculé le cobaye ont montré la présence de staphylocoques.

Le cobaye a donc été inoculé à la fois par le bacille de Koch et le staphylocoque. D'ailleurs, on a trouvé du staphylocoque dans la culture du pus de ses cavernes pulmonaires.

Si ce fait ne se rencontre pas plus souvent, c'est que les cobayes ne résistent pas suffisamment à l'infection et sont bientôt emportés par la septicémie.

Les foyers de tuberculose pulmonaire de ce cobaye renfermaient une petite quantité de pus grisâtre séreux; en somme, l'aspect rappelait celui de la tuberculose humaine et différait beaucoup de l'aspect habituel de la tuberculose pulmonaire du cobaye.

Diphtérie oculaire et son traitement.

M. Frenkel présente un garçon de 4 ans soigné à la clinique de M. le professeur Gayet pour une diphtérie de la conjonctive bulbaire de l'œil. Cet enfant, amené à la consultation le 18 juillet, était porteur d'un œil tuméfié, saillant, avec un fort chémosis et une injection intense des conjonctives palpébrale et bulbaire.

En examinant de près le malade, M. Gayet constata sur la conjonctive bulbaire de l'œil droit, presque à la limite de la cornée, trois taches blanches, dont deux au-dessus et une au-dessous de la cornée. Il n'y avait pas d'écoulement purulent, mais de l'œil sortait un liquide séreux; les plaques blanches adhéraient assez solidement, mais ont pu cependant être enlevées avec le pouce. Le fond de la tache, après enlèvement de la fausse membrane, restait rouge-blanchâtre et saignait légèrement. La fausse membrane, examinée au microscope, présentait une structure fibreuse avec de nombreux globules de pus; colorée au bleu de méthylène, elle contenait un certain nombre de bacilles dont la forme se rapprochait de celle des bacilles de Lœffler; il n'y avait aucune espèce de cocci, ni strepto, ni staphylo, ni diplocoques. Ensemencée sur l'agar glycériné, la fausse membrane donna naissance, au bout de 12 à 18 heures, à des colonies bien visibles à l'œil nu, et au bout de 24 heures à des cultures luxuriantes. Ces cultures, composées exclusivement de bacilles, avaient tous les caractères des bacilles diphtériques.

Pour compléter le diagnostic, remarquons que les urines présentaient une quantité moyenne d'albumine. La gorge de l'enfant était normale et à aucun moment l'enfant ne se plaignait de douleurs pharyngées. Par contre, sa mère avait mal à la gorge, vers l'époque du début de la maladie de l'enfant. La fièvre a fait défaut pendant toute la durée de sa maladie.

L'étiologie est d'ailleurs des plus obscures. Arrivé de Saint-Nazaire avec sa mère le 15 juin, le patient, au dire de celle-ci, ne serait venu en contact avec aucun enfant malade, ni à Saint-Nazaire ni à Lyon. La maladie débuta le 13 juillet par un point rouge sur la conjonctive bulbaire. C'est le 14 que la mère de l'enfant, d'ailleurs sujette aux angines, ressent un mal de gorge qui n'a guère duré que 12 heures. On n'a pu découvrir aucun autre facteur étiologique.

L'évolution de la maladie, progressive jusqu'au 18 juillet, date de la consultation, est depuis ce jour subordonnée *au traitement*. Cette observation est en effet un exemple remarquable de l'action du nitrate d'argent combiné aux instillations de jus de citron. Ce traitement, préconisé d'après les anciens par Fieuzal et institué par M. Gayet, amena la guérison en peu de jours. Voici comment fut conduit ce traitement :

Le premier jour, badigeonnage des parties malades avec une solution de nitrate d'argent au 1/20e, suivi immédiatement d'une neutralisation au sel en solution. Deuxième jour, les phénomènes ne paraissant pas s'amender, on fait des attouchements au crayon de nitrate d'argent. Les trois jours suivants, on fait encore des badigeonnages avec la solution forte au 1/20e, ce qui suffit pour amener la disparition des plaques blanches. En outre, on verse dans l'œil, deux fois par jour, une cuillerée à café de jus de citron. A partir du 20 juillet, on ne fait plus que des instillations de nitrate d'argent à 1 pour 300, et aujourd'hui l'enfant peut être considéré comme guéri.

En somme, cette observation est intéressante :

1° Au point de vue des services que rend la bactériologie pour le diagnostic précis de l'affection ;

2° Au point de vue de l'étiologie et de l'absence de toute angine diphtérique ;

3° Par l'efficacité du traitement au nitrate d'argent combiné aux instillations de jus de citron.

M. L. Dor ne veut pas discuter le diagnostic clinique de l'affection; mais croit la preuve expérimentale invoquée par M. Frenkel insuffisante. Morax, dans une thèse récente, a montré la fréquence des conjonctivites infectieuses non diphtériques. Aussi, pour arriver au diagnostic différentiel, croit-il qu'il faut s'entourer de toutes les précautions que l'expérimentation met à notre disposition.

M. Frenkel. — Ici même, on a admis qu'une culture se développant sur agar glycériné, au bout de 18 heures, était composée de bacilles de Lœffler.

M. Colrat croit à la fréquence des bacilles pseudo-diphtériques. Il demande si l'enfant a présenté à un moment du coryza.

M. Frenkel. — A aucun moment. (*Lyon médical.*)

BIBLIOGRAPHIE

Paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial ou paralysie Duchenne-Erb, par M. Paul Joly. Th. Paris, 1894.

Contribution à l'étude des paralysies du plexus brachial, par M. Arias Lujan. Th. Paris, 1894.

Le premier de ces mémoires donne un exposé très complet de la question. Il relate 35 cas de paralysies radiculaires non obstétricales, dont trois observations personnelles. Une chute, le tiraillement des fibres nerveuses, un refroidissement ont été les circonstances étiologiques qui ont déterminé l'apparition de la paralysie sur les malades de M. Joly. Quant aux paralysies radiculaires de cause obstétricale, l'auteur en a recueilli douze observations inédites. Le plus souvent ces paralysies s'observent dans les présentations du bassin, alors que, pour retirer la tête restée dernière, l'opérateur use de la manœuvre de Mauriceau (une main introduite dans la bouche du fœtus et l'autre main passée en fourche autour de la nuque); dans cette manœuvre, l'index de la main qui tire sur la nuque comprime parfois le point de Erb. On sait que ce point, situé dans le creux sus-claviculaire à deux ou trois centimètres au-dessus de la clavicule, correspond à l'union des racines des 5e et 6e paires cervicales et que ces racines innervent les muscles paralysés dans la paralysie de Duchenne-Erb: deltoïde, biceps, brachial antérieur et long supinateur. M. Joly n'a pas noté d'une façon nette la réaction de dégénérescence. Les paralysies des nouveau-nés guérissent rapidement; chez les adultes, le pronostic est plus sérieux et dépend de la nature de la cause, de la violence du traumatisme, de la date de l'accident.

La thèse de M. Arias Lujan est moins soigneusement documentée. Elle renferme une observation inédite de paralysie radi-

calaire totale d'origine obstétricale prise dans le service de M. Déjerine, à Bicêtre.

La pathogénie capsulaire de la maladie bronzée, par M. Gustave Dufour. Th. Paris, 1894.

Les discussions sur la pathogénie de la maladie bronzée semblent bien près d'être closes. On attribue les phénomènes asthéniques de la maladie bronzée à l'absence de sécrétion interne des capsules surrénales (Brown Séquard et d'Arsonval). Cette sécrétion interne parait exercer une action antitoxique vis-à-vis des déchets de la désassimilation musculaire, comme l'a établi M. Chauffard dans une leçon récente (1) que M. Dufour ne cite pas. Quant à la pigmentation de la peau et des muqueuses, ce n'est pas un symptôme d'ordre toxique. Il résulte de lésions nerveuses, et MM. Alezais et Arnaud ont pu localiser ces lésions dans le réseau nerveux périphérique de la glande.

La thèse de M. Dufour ne mentionne ni les recherches anatomiques de Stilling (2) ; ni celles de M. Jaboulay (3). Ces auteurs ont démontré l'existence des capsules surrénales accessoires ; dans un cas, M. Jaboulay a trouvé une de ces capsules enfermée au centre du ganglion semi-lunaire droit. La destruction des deux capsules surrénales pourra ne pas s'accompagner de maladie bronzée, dès qu'il y a hypertrophie compensatrice des capsules surrénales accessoires.

L'auteur rapporte deux faits de tuberculose des capsules surrénales observés dans le service de M. Lancereaux, et terminés par une mort rapide.

Relation d'une épidémie de suette miliaire, observée dans le département de la Vienne, par M. Gabriel Bégusseau. Th. Paris, 1894.

L'épidémie observée par l'auteur, en 1892, a duré trois mois ; les enfants au-dessous de 12 ans sont restés indemnes ; la contagion a pu être suivie pas à pas. Sur 275 individus atteints, 16 ont succombé, soit une proportion de décès de 6 0/0. Au chapitre du traitement, l'auteur regrette de n'avoir pu employer la méthode des affusions froides ; rappelons que, dès 1876, M. Reibel (4) préconisait ce mode de traitement dans la suette miliaire.

Sur un cas de mort causée par l'électricité industrielle, par Victor Durand. Th. Paris, 1894.

En dehors des lésions viscérales peu caractéristiques, l'électricité industrielle laisse généralement sur les téguments des traces de son passage : brûlures, pointillés hémorrhagiques. Les brûlures sont peu profondes et n'intéressent que l'épiderme, le derme restant presque toujours intact. Dans l'observation relatée par M. Durand, ces brûlures se présentaient sous la forme de cercles irréguliers, de couleur nacrée de deux à cinq millimètres de diamètre avec au centre un point noir. Ces brûlures siégeaient sur les épaules, les bras et les avant-bras. Quant au mécanisme de la mort, il est dû à un phénomène d'inhibition dont le point de départ est une irritation du bulbe (Brown-Séquard et d'Arsonval).

Des blessures de la vulve au point de vue médico-légal, par Arsène Mignen. Th. Paris, 1894.

Les blessures de la vulve sont parfois très graves et peuvent entraîner la mort par hémorrhagie. Une plaie en apparence légère et peu étendue pourra être la seule cause des accidents observés. Dans le cas de blessure de la vulve ayant déterminé une mort plus ou moins rapide, le médecin légiste doit rechercher si ces blessures sont le résultat d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide. L'auteur rapporte trois observations inédites de blessures de la vulve ; une des femmes avait succombé.

(1) *Semaine Médicale*, 14 février 1894. — La thèse de M. Dufour est du 25 avril.

(2) *Revue de Médecine*, 1890. p. 808.

(3) *Lyon Médical*, 1890, t. LXV, p. 300.

(4) *Gazette médicale de Strasbourg*, avril et juillet 1876.

Action des sels métalliques sur la fermentation lactique, par Allyre Chassevant. Th. Paris, 1893.

Au xviiie siècle, Spallanzani avait fait remarquer que de faibles doses de sel marin accéléraient la putréfaction. Par des recherches opérées dans le laboratoire de M. Richet, l'auteur a démontré que les sels métalliques accélèrent la fermentation lactique lorsqu'on les ajoute en proportions convenables. Les métaux qui sont doués de la plus grande puissance accélératrice sont ceux qui sont répandus le plus dans la nature : magnésium, sodium, potassium. A doses plus fortes, ces métaux exercent une action ralentissante sur le ferment lactique dont elles empêchent le développement sans arrêter sa fonction chimique. Le maximum d'action due aux métaux se traduit à la fois par l'arrêt de la fonction de reproduction et de la fonction chimique du ferment.

Ch. Fiessinger.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Amphithéâtre d'anatomie.

Les travaux anatomiques ont commencé à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, le lundi 1er octobre 1894.

Hôpitaux de Paris.

Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières. — Les cours professionnels ont ouvert mardi 2 octobre à l'hôpital de la Pitié et mercredi 3 octobre à l'hospice de la Salpêtrière, à huit heures du soir et continueront les mêmes jours aux mêmes heures. S'inscrire auxdits hôpitaux.

L'enseignement comprend : des cours d'administration, d'éléments de physiologie, de pansements, de soins aux femmes en couches et aux nouveau-nés, de petite pharmacie et d'hygiène.

Bourses de doctorat.

L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siége des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 29 octobre 1894.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 20 octobre, à quatre heures.

Seront admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire et prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la chimie, la physique et l'histoire naturelle.

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de deuxième année. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie, la myologie, l'angiologie et l'histologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur la névrologie, la splanchnologie, l'anatomie des régions, l'histologie et la physiologie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » la deuxième partie du second examen probatoire. Les épreuves sont : une composition de médecine et de chirurgie. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

5° Les candidats pourvus des grades de bachelier de l'enseignement secondaire classique ou de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont été admis à chacun de ces grades avec la mention « bien », pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

Inscriptions, consignations et travaux pratiques.

1° *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 10 octobre. Il sera clos le samedi 10 novembre, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi.

Inscriptions de deuxième, de troisième et de quatrième années de doctorat, — de deuxième, de troisième et de quatrième années d'officiat, les 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 24, 25, 26 et 27 octobre, et les 3, 7, 8, 9 et 10 novembre 1894.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

2° *Consignations pour examens.* — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du 8 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures.

En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année (officiat), les bulletins de versement ne seront délivrés que lelundi 8 et le mardi 9 octobre conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année (officiat) ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale. Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet 1894.

3° *Travaux pratiques.* — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs.

Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirants au doctorat ou à l'officiat.

Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant 16 inscriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite :

1° Les étudiants ayant 16 inscriptions ;
2° Les étudiants en cours irrégulier d'études ;
3° Les docteurs français ;
4° Les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 francs, payables en une fois.

(Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.)

4° *Cartes d'étudiants.* — Les cartes d'étudiants, pour l'année scolaire 1894-95, seront délivrées au secrétariat de la Faculté: 1° au moment de la prise de l'inscription pour les étudiants entrant en 2e, 3e ou 4e années ; 2° les lundis et mardis pour les étudiants ayant 16 inscriptions.

Ecoles annexes de médecine navale.

Par arrêté du ministre de la marine, et par suite de la mise en vigueur des décrets du 31 juillet 1891 sur la réorganisation des études médicales, il est décidé qu'à partir du 1er novembre 1895, il ne sera admis dans les trois Ecoles annexes de médecine navale que les jeunes gens pourvus du diplôme du baccalauréat ès lettres et du certificat d'études obtenu dans une Faculté, c'est-à-dire aptes à entreprendre immédiatement leurs études médicales.

Ces jeunes gens feront dans les Ecoles annexes leur première année de médecine après laquelle ils concourront pour l'Ecole de médecine navale de Bordeaux où ils demeureront trois ans comme actuellement.

Le programme des cours de première année dans les Ecoles annexes de Toulon, Rochefort et Brest sera fixé ultérieurement mais comprendra surtout des études d'anatomie.

Hospices civils de Marseille.

Le lundi 3 décembre 1894, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, un concours pour six places d'élèves internes.

Le lundi 17 décembre 1894, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour six places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Nota. — Bien que le concours de l'internat soit annoncé pour six places et celui de l'externat pour six places, ce nombre pourra être diminué ou élevé si la commission le croit nécessaire.

Monument de Claude Bernard.

Ce monument sera inauguré à Lyon le 28 octobre et des discours seront prononcés dans cette cérémonie par M. Bertrand, de l'Académie française ; MM. Chauveau et Bouchard, de l'Académie des sciences et M. Kelsch, de l'Académie de médecine.

Nouveau régime des études.

Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante :

« Je vous prie de faire rappeler aux élèves des établissements d'enseignement secondaire de votre ressort qui se destinent aux études médicales :

» 1° Que ceux d'entre eux qui seront pourvus du baccalauréat ès-sciences restreint en même temps que du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) ou de l'ancien baccalauréat ès-lettres, avant la clôture des registres d'inscription en novembre prochain, pourront commencer et achever leurs études médicales sous le régime du décret de 1878. ils seront admis à prendre leur première inscription de médecine au trimestre du 4 novembre prochain ;

» 2° Que ceux qui n'auraient pas obtenu le diplôme de bachelier ès-sciences restreint au plus tard à la session de novembre 1894 seront tenus de faire dans une Faculté des sciences, ou, dans le cas spécifié par l'article 7 du décret du 31 juillet 1893 près d'une école de médecine l'année d'études préparatoires au certificat des sciences physiques, chimiques et naturelles institué par le susdit décret.

» Passé la session de novembre 1894, il ne sera plus délivré de diplômes de bachelier ès-sciences restreint ».

Manifestation en l'honneur de Lister.

Lister quittera définitivement les hôpitaux et l'enseignement dans quelque temps. A cette occasion on lui prépare une grande manifestation internationale, en souvenir des services qu'il a rendus à la science ; une circulaire annonce que le montant de la souscription ne peut dépasser 52 francs. On offrira son buste au savant et les souscripteurs recevront également un souvenir de la manifestation.

Les souscriptions sont reçues par le Dr James Finlayson, 2, Woodside Place, Glascow ; le professeur Chiene, 26, Charlotte Square, Edinburgh et le professeur William Rose, 17, Harley street, London W.

Chemin de fer d'Orléans.

VOYAGE CIRCULAIRE EN BRETAGNE A PRIX TRÈS RÉDUITS

La Compagnie d'Orléans, d'accord avec celle de l'Ouest, en vue de faciliter les excursions en Bretagne, délivre toute l'année dans toutes les gares du réseau d'Orléans, aux prix très réduits de 65 fr. en 1re classe et de 50 fr. en 2e classe, des billets circulaires, valables 30 jours, comprenant le tour de la presqu'île :

Rennes, Saint-Malo-Saint-Servan, Dinard, Saint-Brieuc, Lannion, Morlaix, Roscoff, Brest, Quimper, Douarnenez, Pont-l'Abbé, Concarneau, Lorient, Auray, Quiberon, Vannes, Savenay, Le Croisic, Guérande, Saint-Nazaire, Redon et Rennes.

Le voyageur, partant d'un point quelconque pour aller rejoindre cet itinéraire, pourra obtenir dans ce but et sur demande faite à la gare de départ, 4 jours au moins à l'avance, un billet de parcours complémentaire de la classe du billet circulaire, et comportant une réduction de 40 0/0, sous condition d'un parcours minimum de 150 kilomètres.

La même réduction lui sera accordée après l'accomplissement du voyage circulaire, soit pour revenir à son point de départ initial, soit pour se rendre sur tel autre point qu'il aura choisi.

Nota. — Le voyage circulaire peut être commencé à l'un quelconque des points du parcours.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie Schiller, 10, rue du Faubourg-Montmartre.

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 41 — 13 Octobre 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement du spina bifida (1).

Par le Dr Pierre Sebileau, professeur agrégé à la Faculté.

(Suite et fin.)

1° Cas simples :

α *Injections modificatrices de Morton.* — De toutes les injections employées autrefois, c'est celle de Morton qui a seule survécu. C'est une solution d'iode dans la glycérine. C'est pour parer aux dangers de l'injection iodée autrefois employée par Velpeau (convulsions, paraplégie, méningite, suppuration) que Morton a remplacé la teinture d'iode par une solution d'iode dans la glycérine. Cette solution iodo-glycérinée renferme 2 0/0 d'iode et 6 0/0 d'iodure de potassium. On la formule ainsi :

Iode	0 gr. 6 décigr.
Iodure de potassium	1. — 8 —
Glycérine	30 grammes.

Il faut ponctionner au trocart fin, à la partie supérieure de la tumeur de préférence, ou tout au moins en un point où la peau est saine ; il importe, en effet, d'éviter surtout les régions où les téguments sont violacés, malades, recouverts d'arborisations vasculaires. On retire de 4 à 12 grammes de liquide et l'on injecte de 2 à 4 grammes de la solution. Rarement une seule injection suffit ; il faut ordinairement la renouveler ; d'après les conseils de Morton, c'est au bout de trois à quatre semaines qu'il faut recommencer.

Les résultats obtenus par Morton semblent très favorables. Sa statistique en 1887 se détaillait ainsi : sur 71 cas de spina bifida, 35 ont été guéris, 9 sont restés stationnaires ; il y a eu 27 décès.

Les accidents sont moins nombreux avec cette méthode qu'avec les procédés anciens. On peut voir cependant survenir la mort immédiatement après l'injection ; on a signalé aussi, dans quelques cas, des convulsions et l'hydrocéphalie.

Quoi qu'il en soit, ce procédé, s'il n'est point sans périls, est efficace dans la moitié des cas.

β *La ligature.* — On a employé la ligature, lorsque l'état des membres inférieurs de l'enfant au point de vue de la motilité, de la sensibilité et de la nutrition, ne permettait pas de soupçonner la présence d'une inclusion nerveuse dans la poche. Le but que l'on se proposait était d'assurer l'adhérence des deux surfaces séreuses par leur accolement, ou le sphacèle de la tumeur.

Reynard employa la ligature linéaire. Son procédé consistait à placer sur les côtés de la tumeur deux tuyaux de plume qu'il serrait avec un fil.

Tavignot se servit avec succès de pinces analogues à l'entérotome de Dupuytren.

Beaumier faisait la ligature sur l'eschare produite par de la pâte de Vienne appliquée circulairement à la base de la tumeur.

Dubois employa deux petites lamelles métalliques serrées par un fil et maintenues en place par des épingles passées à travers la base de la tumeur.

De nos jours, la ligature élastique a détrôné la ligature simple. Les chirurgiens italiens l'ont surtout employée. Avec un lacet élastique on serre progressivement la base de la tumeur ; celle-ci, sphacélée, se détache, véritable eschare, au bout de quelques jours.

C'est également un dérivé de la ligature, ce procédé imaginé par Rizzoli, qui consiste à écraser le pédicule. Rizzoli aplatit le pédicule du spina bifida entre les mors d'une pince inventée par lui ; on obtient ainsi une mortification graduelle des tissus, de la périphérie au centre, et une cicatrice rectiligne marque seule, après quelques temps, la trace de l'acte opératoire.

Rizzoli, d'abord, Nicoli et Parona, ses imitateurs, n'ont qu'à se louer, disent-ils, des beaux résultats de cette très simple méthode.

On peut, au reste, combiner l'excision et la ligature : quand la tumeur, privée de ses éléments vasculaires, a déjà subi la nécrobiose, il est facile d'en pratiquer l'exérèse. Cette méthode a donné quelques succès à Jessop (Bradford, 1886).

2° Cas compliqués :

Excision. — Voilà bien la vraie méthode chirurgicale ;

(1) Extrait d'un livre sous presse qui paraitra chez O. Doin : *Thérapeutique chirurgicale des maladies du rachis.*

quelques chirurgiens la pratiquent à l'aide de l'anse galvanique ou du thermocautère, avec ou sans compression préalable. Il vaut mieux se servir du bistouri. Il n'y a pas, je crois, à discuter pour savoir s'il faut, avant tout, ouvrir le sac, ou non; exciser un spina bifida sans avoir incisé le sac et sans l'avoir exploré, cela constitue une méthode aveugle et, de mon avis, peu recommandable; je n'en parlerai plus.

L'excision, après exploration du sac, comprend plusieurs temps : l'incision de la peau, la dissection de la tumeur, l'ouverture et l'examen du sac, le traitement de la fissure vertébrale.

a) *Incision de la peau.* — Si la peau est saine, mobile, on aura le choix entre une incision verticale et une incision transversale; cette dernière a été pratiquée par Championnière, Périer, etc. Elle est préférable si on opère dans les régions lombaire ou sacrée, ce qui est l'habitude, car elle est plus éloignée des organes génitaux et de l'anus et, par suite, moins exposée aux souillures par l'urine et les matières fécales.

Si la peau est rouge, amincie, excoriée par places, il faudra faire porter l'incision sur une région saine.

Peu important, au résumé, le siège et la direction du trait; il faut avant tout qu'il intéresse des téguments propres et vivaces.

b) *La dissection de la tumeur* sera d'autant plus facile que le sac sera plus étendu et plus épais.

c) *L'incision du sac.* — Il est bon d'inciser le sac sur les parties latérales pour se mettre à l'abri d'une atteinte de la moelle; il est bon aussi de faire suivre au bistouri une direction parallèle à la direction présumée des nerfs intrasacculaires pour éviter leur section. Le sac est ouvert; on explorera. De deux choses l'une : ou bien il contient des nerfs, ou bien il n'en contient pas. Si non, le chirurgien lie et résèque, comme pour un sac herniaire. Si oui, la conduite est quelquefois difficile à tenir. *A priori*, il n'y a pas de doute : le mieux est de ménager tous les cordons nerveux; les gros surtout commandent le respect. A cet effet, on les dissèque, même s'ils sont longs, ansiformes, et on les réduit, intacts, dans le canal rachidien. Ainsi ont fait Périer, Picqué, Rosenbach. Mais, en fait, il y a quelquefois à cela, du fait des adhérences neuro-méningées, matérielle impossibilité. Que faire alors? Les uns, tel Mayo Robson, conseillent de réséquer seulement les segments du sac compris entre les cordons et de laisser ceux-ci en place attenant aux lambeaux des méninges avec lesquels ils adhèrent. Les autres sont d'avis qu'il faut tout couper, nerfs et méninges. Cela paraît brutal. En fait, il faut noter que la plupart du temps on n'observe pas d'accidents appréciables à la suite de l'excision des rameaux nerveux, même volumineux, contenus dans l'intérieur du sac. Bellanger rapporte onze cas dans lesquels des filets nerveux furent sectionnés sans qu'il survînt aucun trouble du côté de la sensibilité ou de la motilité; une seule fois, on observa de la paraplégie. Le Pr Terrier et Kirmisson avaient déjà signalé ces faits qui sont loin d'être une exception. Senenko a pu réséquer toute une portion de la queue de cheval et quelques nerfs sacrés sans qu'il en résultât des inconvénients appréciables pour son malade. Enfin, tout récemment, Rochet, de Lyon (*Archives provinciales de chirurgie*, décembre 1892) a excisé, en même temps que le sac, tous les petits filets nerveux qui le tapissaient, et un gros cordon du volume d'une plume d'oie qui allait se fixer au fond de la poche. C'était dans la région cervico-dorsale.

Ces faits paraissent bizarres. En réalité, les éléments qu'on détruit ainsi n'ont souvent des nerfs que l'aspect; ils sont physiologiquement impuissants, et c'est pour cela qu'on peut les sacrifier impunément.

d) *Le traitement de la fissure vertébrale.* — Quand la fermeture du sac est bien et solidement assurée (peu importe que ce soit par une ligature simple, une ligature en chaîne, une suture en surget, un capitonnage — cela dépend des cas et des habitudes de l'opérateur —) il faut obturer la fente vertébrale. Ici, deux dispositions se présentent : ou bien la fissure est étroite, ou bien elle est large.

Si la fente est de petites dimensions, on peut, sans s'inquiéter des os, suturer couche par couche les plans profonds et les téguments; ainsi la barrière est, d'ordinaire, suffisante; mais il est toujours bon qu'il y ait défaut de parallélisme entre la couture profonde et la couture superficielle et que l'une et l'autre ne soient pas superposables. Depuis plusieurs années Mayo Robson s'est attaché à obtenir ce résultat, et il a eu des succès : récemment, au Congrès de médecine de Rome, il est venu défendre sa méthode, fort des vingt opérations qu'il a pratiquées. Ainsi, en effet, on se met plus sûrement à l'abri du flux du liquide céphalo-rachidien et chacun sait que c'est là une condition *sine quâ non* d'une réunion *per primam*. Cet écoulement du liquide céphalo-rachidien a, en effet, été signalé par la plupart des chirurgiens qui ont pratiqué la cure radicale du spina bifida. Il peut se montrer immédiatement après l'opération; mais il apparaît ordinairement six, huit ou dix jours après elle. La réunion semble parfaite; on enlève les fils, la cicatrice cède bientôt et le liquide flue. Ailleurs, il n'y a même pas apparence d'affrontement organique des lèvres de la plaie et le suintement décolle tout. A vrai dire, on a peut-être, dans certains cas, injustement rendu responsable le liquide céphalo-rachidien de méfaits qu'il aurait été plus raisonnable d'attribuer aux altérations des téguments antérieures au moment opératoire. Mais enfin, il n'est pas douteux que le liquide céphalo-rachidien peut filtrer au travers de la plaie. Cet écoulement épuise le malade; des opérés se sont cachectisés ou sont morts. La quantité de cette sérorrhagie est, en effet, quelquefois énorme. Dans le cas de Rochet, une fistule s'établit qui donnait une quantité telle de liquide que l'ouate et le lit de la malade étaient très rapidement traversés après chacun des pansements; l'écoulement dura quinze jours, l'enfant tomba dans un état de torpeur profond et peu s'en fallut qu'elle succombât.

Si la fissure vertébrale est large, ce n'est point assez d'affronter les parties molles; il faut établir une barrière osseuse. De cette nécessité sont nés les procédés ostéoplastiques.

Au résumé, on peut combler la brèche osseuse par deux méthodes différentes. L'une consiste à rapprocher l'une de l'autre les deux extrémités de la lame vertébrale ou des lames vertébrales fissuraires; c'est la méthode de Dollinger (de Budapesth). L'autre consiste à implanter dans la fente du périoste ou bien de l'os. Si l'on implante du périoste, c'est la méthode de Robert Hayes; si l'on implante de l'os, c'est la méthode de Berger.

Méthode de Dollinger. — Dollinger imagina son procédé en 1883.

Il s'agissait, dit Kirmisson, d'une fillette de cinq ans, portant un spina bifida lombaire à base large. Le sac fut incisé dans toute sa longueur, les nerfs qui pénétraient dans sa paroi furent sectionnés, les artères liées. Puis une partie du sac fut réséquée et le reste suturé.

L'apophyse épineuse de la 5e lombaire faisant défaut, Dollinger ébranla les deux arcs vertébraux rudimentaires de cette vertèbre, les fractura, les mobilisa avec une forte pince, puis il les rapprocha autant que possible et il les sutura l'un à l'autre sur la ligne médiane. Par-dessus, les masses musculaires et la peau furent cousues, et un drain souscutané fut établi. L'enfant qui, avant l'opération, présentait une contraction spasmodique des extrémités inférieures et de l'incontinence urinaire et fécale, supporta bien l'opération, ne présenta plus d'accidents nerveux et guérit; la réparation osseuse fut obtenue.

Senenko, de Saint-Pétersbourg (*Centralbl. f. Chir. 1889*) a mis en pratique les préceptes de Dollinger. Après résection de la tumeur (il s'agissait d'un spina bifida sacré) Senenko pratiqua, le long des bords du sac, deux incisions longitudinales pénétrant jusqu'à l'os et distantes de deux travers de doigt; il enleva ensuite, en dedans de l'articulation sacro-iliaque, deux ponts osseux de 2 centimètres de large environ, formés par les arcs vertébraux limitant la brèche osseuse, les attira en dedans et ainsi les amena sur la ligne médiane au contact l'un de l'autre. Il fit après cela une suture à trois étages comprenant les os, l'aponévrose et les téguments. Pendant l'opération, une partie de la queue de cheval et quelques rameaux des nerfs sacrés avaient été sectionnés; malgré tout, le résultat fut satisfaisant et la guérison survint rapidement après une réunion par première intention. On n'eut à noter aucun phénomène de paraplégie. Au bout de 4 mois, la face postérieure du sacrum était représentée par une masse osseuse uniforme, insensible à la pression.

En 1892, Rochet, de Lyon, a utilisé, pour la première fois en France, le procédé déjà employé par Dollinger et Senenko. L'enfant guérit, et, quelques semaines après l'opération, un plan osseux résistant était constitué.

Méthode de Robert Hayes. — Robert Hayes essaya le premier de greffer, en 1883, dans la fissure vertébrale, des lambeaux de périoste empruntés à un lapin. Il s'agissait d'une fillette de 9 semaines, bien portante, présentant une tumeur dorsale du volume d'un œuf de poule; après excision du sac, six points de suture au catgut furent placés sur les méninges; par-dessus ces méninges furent appliquées vingt greffes de périoste de lapin qu'on recouvrit des muscles et des téguments suturés. La guérison fut rapide, malgré un écoulement de liquide céphalo-rachidien qui persista jusqu'au dixième jour. Onze mois après, l'enfant avait bonne apparence. La tumeur était réduite de moitié; le siège de l'opération offrait une certaine résistance, mais on ne put constater la présence de véritables plaques osseuses.

L'exemple de Robert Hayes fut suivi en 1885 par Mayo Robson. Celui-ci disséqua le périoste du fémur et de l'os frontal d'un lapin qu'il venait de sacrifier et l'appliqua sur les méninges préalablement fermées. Ce périoste fut suturé soigneusement au périoste des lames et aux rebords osseux des vertèbres supérieures et inférieures. Par un petit défaut de la cicatrice on put observer le périoste qui avait bourgeonné. Un an après l'opération, l'enfant mourut, après un jour de maladie, sans convulsions. Malheureusement, l'autopsie ne fut pas faite.

Méthode de Berger. — En 1892, le professeur Berger présenta à l'Académie de Médecine l'observation d'une cure radicale de spina bifida lombaire, traité par le procédé de M. Perier, auquel il avait fait subir lui-même une importante modification. Après la dissection de deux lambeaux cutanés et l'isolement de la poche méningée du spina bifida jusqu'au pourtour de la perte de substance du canal rachidien, la partie terminale de la moelle qui s'insérait au sommet de la tumeur fut détachée avec précaution de ses adhérences et réduite dans le canal vertébral. Puis, une plaque osseuse de 3 centimètres de long sur 2 de large fut taillée dans l'omoplate d'un jeune lapin et insérée dans la perte de substance des lames vertébrales qu'elle comblait exactement. Les bords de la poche méningée, enfin les lambeaux cutanés furent réunis en arrière de cette greffe osseuse incluse dans le canal rachidien.

Les suites de l'opération furent satisfaisantes, il n'y eut pas de suppuration, la greffe fut conservée et l'enfant put être présentée à l'Académie de Médecine au bout de deux mois. Malheureusement, elle était atteinte, dès sa naissance, d'une paraplégie complète avec paralysie du sphincter anal, que l'opération ne put faire disparaître.

On a dit de ces méthodes d'occlusion avec ostéoplastie, qu'elles étaient longues, pénibles, laborieuses et compliquées. Cela est vrai, mais ce sont là des reproches qui ne portent pas quand on applique ces opérations à la cure d'enfants résistants et solides. Assurément chez les débiles, les chétifs et les épuisés, elles doivent provoquer un choc grave. Mais cela ne les condamne que pour quelques cas particuliers.

De toutes, celle du professeur Berger me paraît la meilleure; avec elle, on ne court point, comme dans le procédé de Dollinger, le risque de rétrécir le canal rachidien, et on se met bien mieux en état que par l'opération de Robert Hayes d'obtenir une formation osseuse dans la brèche vertébrale.

L'hydrocéphalie peut succéder à la cure radicale d'un spina bifida quand on opère chez des enfants en bas âge, dont les sutures ne sont pas ossifiées et dont la boîte crânienne est sans résistance. C'est un fait à noter.

CHIRURGIE ABDOMINALE

De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus, par M. E. Baudron. Th. Paris, 1894.

M. Baudron vient d'écrire une thèse qui se recommande à plus d'un titre. C'est une œuvre sérieuse, documentée et qui est le reflet de l'enseignement et de la pratique de M. Segond, le vulgarisateur de l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des lésions annexielles.

Le travail de M. Baudron mérite plus qu'une mention. Tout gynécologiste aura profit à le consulter. Qu'il me soit permis néanmoins de faire la critique de plusieurs points qui sont sujets à discussion.

Comme M. Baudron, j'estime — et il y a longtemps que je l'ai dit — que Doyen a tort de revendiquer la priorité de

l'hystérectomie vaginale appliquée à la cure chirurgicale des lésions des annexes. La paternité en revient à Péan et l'opération mérite bien le nom d'opération de Péan. Par contre, je crois que M. Baudron n'a pas suffisamment mis en relief le mérite de Doyen. Le jeune chirurgien de Reims a apporté des perfectionnements importants à l'hystérectomie vaginale. Il me semble que justice ne lui est pas suffisamment rendue dans le travail que j'analyse.

Le procédé de Péan est marqué du coin de l'originalité. Il est trop connu pour qu'il soit nécessaire d'en rappeler la technique.

Müller a utilisé le premier la section médiane de l'utérus. Il a eu le mérite de montrer qu'en fendant verticalement l'utérus en deux moitiés symétriques, on pouvait faire une opération presque à blanc et lier facilement les deux ligaments larges.

Doyen a publié au Congrès de Gynécologie de Bruxelles son ingénieux procédé. On sait en quoi consiste essentiellement l'opération : section médiane de la face antérieure de l'utérus et hémostase consécutive des ligaments larges avec de grandes pinces placées de haut en bas. Doyen a simplifié le procédé de Müller et l'a rendu plus pratique.

Quels sont les avantages du procédé de Doyen? Tout d'abord, c'est de n'avoir à s'occuper de l'hémostase qu'à la fin de l'opération. Tant que le fond de l'utérus n'a pas fait son apparition, on ne touche pas aux ligaments larges, on respecte les gros vaisseaux. Le champ opératoire n'est pas obstrué par des pinces hémostatiques. Il s'ensuit que l'abaissement de l'utérus est rendu plus facile et qu'il n'y a à redouter aucune hémorragie sérieuse. En second lieu, on est surpris de constater à quelle distance le bord de l'utérus se trouve de l'uretère correspondant, après la bascule du fond de l'utérus, au moment où l'on place les pinces sur les ligaments larges.

M. Baudron n'a pas mis en lumière ces deux avantages : sécurité plus grande au point de vue de l'hémorragie, sécurité plus grande au point de vue de la possibilité de pincer l'uretère.

Au Congrès de Gynécologie de Bruxelles, dans une brillante improvisation qui n'est pas insérée dans le compte rendu officiel, mais qui est restée certainement présente à la mémoire de tous les assistants, M. Segond, en appréciant le procédé de Doyen, avait déclaré que, lui aussi, avait essayé de se soustraire aux nécessités de la technique décrite par Péan et qu'il avait tenté d'introduire quelques modifications dans l'hystérectomie. Sa tentative avait échoué et M. Segond proclamait que force lui avait été de s'en tenir scrupuleusement et jusque dans ses moindres détails à l'opération telle que la pratiquait M. Péan.

Le temps a fait son œuvre, et je crois que Doyen n'a pas été étranger au changement apporté par M. Segond dans sa nouvelle manière d'opérer.

En quoi consiste le procédé de M. Segond ?

Ce chirurgien trace une incision un peu spéciale sur le col, fait le morcellement de la partie inférieure de l'utérus, après hémostase de la base des ligaments larges, fend la face antérieure de l'utérus ou bien procède à l'évidement central conoïde et termine en faisant basculer le fond de l'utérus et en mettant quelques pinces sur les ligaments larges de haut en bas. Je ne parle pas de l'antisepsie de la cavité utérine préconisée déjà par M. Quenu.

L'incision de M. Segond n'a pas, je crois, toute l'importance que lui attribue M. Baudron. Cependant, je pense qu'elle peut avoir son utilité, quand on opère à la manière de Péan. Elle n'a aucun avantage si l'on doit suivre la méthode de Doyen.

L'opération de M. Segond peut se diviser en deux temps. Dans un premier temps, on pratique l'hémostase préventive, on pose des pinces de bas en haut sur la base des ligaments larges et on fait le morcellement du col. C'est ainsi que procède M. Péan.

Le second temps consiste à fendre la face antérieure du corps utérin sur la ligne médiane, à faire basculer le fond de la matrice, à pratiquer l'hémostase consécutive en posant quelques pinces de haut en bas sur les ligaments larges. N'est-ce pas l'opération de Doyen appliquée au corps de l'utérus après morcellement du col?

Quant à l'évidement conoïde central, c'est une manœuvre familière à M. Péan et que M. Doyen exécutait avec de forts ciseaux.

L'évidement avec le long bistouri courbe est plus avantageux. Le résultat est le même.

Le procédé de M. Segond est donc un procédé hybride, une combinaison du Péan et du Doyen.

D'après ce que j'ai déjà dit, M. Segond fait l'hémostase préventive au début de l'hystérectomie et termine l'opération en pratiquant l'hémostase consécutive.

L'hémostase préventive a un avantage et des inconvénients.

L'opération est rendue ainsi plus facile et plus rapide. Quand la base des ligaments larges est sectionnée, quand les ligaments utéro-sacrés sont coupés, quand le col n'existe plus, l'utérus fendu sur la ligne médiane s'abaisse plus aisément que dans le procédé pur de Doyen, du moins dans les cas un peu complexes. C'est indiscutable.

Mais la section de la base des ligaments larges ou, pour parler autrement, l'hémostase préventive a des inconvénients.

On pince les utérines au début de l'opération. Si l'une des pinces laissées sur le gros vaisseau vient à lâcher, elle donne naissance à une hémorragie grave. Les manœuvres consécutives d'abaissement de l'utérus, après fente médiane ou évidement central, ne risquent-elles pas de faire glisser une artère importante entre les mords d'une pince? Je le crois, malgré toutes les affirmations contraires.

Les pinces, si peu nombreuses qu'elles soient, posées sur les utérines obstruent le champ opératoire.

M. Segond, je l'ai déjà répété, combine l'hémostase préventive à l'hémostase consécutive. Il en résulte que quelques pinces hémostatiques sont placées de bas en haut sur les ligaments larges et d'autres sont posées de haut en bas.

L'hémostase ainsi pratiquée n'est pas parfaite. Entre les pinces placées de haut en bas et celles placées en sens inverse, il existe une zône intermédiaire qui saigne souvent, alors que l'on croyait avoir fini et que les pinces supérieures avaient subi un mouvement de torsion pour entrer dans la cavité pelvienne. Le chirurgien est souvent obligé de recommencer l'hémostase dans de mauvaises conditions, de chercher dans la profondeur le vaisseau qui saigne. Ce n'est pas un des temps les moins pénibles de l'hystérectomie que l'on croyait terminée et qui se prolonge parfois pendant plus de temps qu'il n'en avait fallu jusque-là pour enlever l'utérus.

L'hémostase est donc moins sûre pour toutes ces raisons qui ne sont pas purement théoriques.

Malgré l'incision préconisée par M. Segond, l'uretère est plus exposé dans le procédé de cet auteur que dans celui de Doyen. N'est-ce pas en pinçant la base des ligaments larges que les conduits urétériques courent de véritables dangers ? Tandis qu'en pratiquant l'opération telle que l'a décrite Doyen, on éloigne les uretères et on peut sans

crainte poser une ou deux pinces le long des bords de l'utérus (1).

Les modifications apportées par M. Segond ne permettent pas à l'opérateur de bénéficier des avantages du procédé de Doyen : sécurité plus grande au point de vue de l'hémorragie et du pincement de l'uretère.

Si l'utérus est facilement abaissable, le procédé de Doyen offre une réelle supériorité.

Si l'utérus ne l'est pas, il n'y a qu'à faire le morcellement d'après le procédé de Péan.

Je trouve donc le procédé Segond inférieur aux deux procédés dont il dérive.

Cette critique, que je fais à regret, ne vise en rien la personne du sympathique chirurgien de la Maison municipale de santé. Il reste un virtuose de l'hystérectomie, mais je tenais à faire ressortir les avantages des différents procédés et le mérite respectif de ceux qui ont contribué au perfectionnement de la technique opératoire de l'hystérectomie vaginale.

M. Baudron fait bonne justice du débridement de la vulve préconisé de nouveau par M. Chaput. Siebold, en 1824, Lizars et Récamier avaient exécuté des débridements semblables pour rendre plus facile l'hystérectomie. Il est bon de ne pas l'oublier.

La sonde à demeure, après l'hystérectomie, est recommandée par M. Baudron. J'avoue que je n'en vois pas la nécessité.

N'est-ce pas abuser des injections hypodermiques de sérum artificiel que de les prescrire chez toutes les femmes qui ont subi l'hystérectomie ?

Je suis d'accord avec M. Baudron sur les précautions à prendre pour faire les injections vaginales après l'ablation des pinces. Je crois même qu'il vaut mieux se contenter de déterger avec précaution le vagin avec un tampon d'ouate imbibé d'un liquide antiseptique. On ne dépassera pas la tranche vaginale sectionnée.

L'odeur qui provient des produits sphacélés par l'action des pinces n'a pas été, je crois, signalée.

M. Baudron ne tient pas suffisamment compte des complications opératoires. Pincer l'uretère n'est pas chose impossible. Cet accident que M. Segond a toujours su éviter est déjà arrivé à des chirurgiens fort habiles, à des hystérectomistes experts. Néanmoins, je reconnais, et il y a déjà quelque temps que je l'ai écrit, que les uretères ne sont pas aussi exposés que je le croyais.

Les hémorragies sont à redouter. Si je m'en rapportais à ma pratique personnelle, il n'y aurait pas lieu de craindre soit une perte de sang grave, soit le pincement des conduits urétériques. Mais je sais que l'hémorragie a été observée à plusieurs reprises et a entraîné quelquefois la mort. L'hémostase est le point le plus délicat de l'hystérectomie ; c'est une vérité que les faits nouveaux ne feront que démontrer davantage.

Les résultats fournis par M. Baudron sont fort encourageants. Ils prouvent qu'entre les mains de M. Segond, l'opération de Péan est *merveilleuse* pour les lésions annexielles non suppurées, *parfaite* pour les suppurations enkystées de l'ovaire et de la trompe et *très satisfaisante* pour les suppurations péri-utérines graves.

Mais tous les gynécologistes ne sont pas aussi surs que M. Segond de ne jamais faire une hystérectomie inutile. Beaucoup d'entre eux préfèrent, dans certains cas, contrôler leur diagnostic par le toucher et la vue, avant de se décider à enlever les annexes des deux côtés. Quelques-uns — et M. Pozzi entre autres, pour ne citer qu'un des maîtres de M. Baudron — ont obtenu des résultats merveilleux pour les lésions non suppurées et parfaits pour les suppurations enkystées de l'ovaire et de la trompe, en faisant l'opération de Lawson Tait. L'hystérectomie vaginale n'a donc une supériorité réelle que dans les cas de suppuration péri-utérine grave.

M. Baudron passe en revue les différentes méthodes que l'on peut opposer à l'hystérectomie vaginale.

La ponction vaginale est condamnée. L'incision vaginale est acceptée dans les limites tracées par M. Bouilly. Je crois qu'on n'en use pas assez et il m'est arrivé en ville, avec l'aide d'un de mes collègues, d'ouvrir avec succès une collection bombant dans le cul-de-sac latéral droit et sans rapport avec le cul-de-sac postérieur. Mon incision porta sur le cul-de-sac postérieur et je pus ouvrir la poche avec l'index introduit dans la boutonnière vaginale et dirigé en avant et en dehors. La malade, très affaiblie, semble avoir été guérie par cette opération très simple. Il est évident que l'incision est encore plus nettement indiquée quand la collection fait saillie en arrière de l'utérus.

La laparotomie vaginale est une chirurgie d'exception. Elle peut donner de bons résultats.

Le grand reproche que l'on a fait à l'hystérectomie, c'est d'exposer la malade à une mutilation inutile.

M. Baudron affirme qu'on peut *toujours* diagnostiquer si oui ou non les annexes sont malades. Il me permettra de lui dire que des erreurs sont commises par des gynécologistes de profession extrêmement distingués et qui pratiquent uniquement la spécialité depuis de nombreuses années avec une distinction et une habileté remarquables.

M. Baudron me fait l'honneur de me citer et parle d'un cas où j'avais porté le diagnostic de tumeur ovarique d'un côté et de kyste du ligament large de l'autre. M. Baudron ajoute : « M. Pichevin prouve tout simplement que ces diagnostics ne sont pas au-dessus des forces humaines et l'argument qu'il entend tirer contre l'hystérectomie tombe de lui-même ». Je ne le crois pas et je vais essayer de le prouver.

M. Segond et M. Baudron après lui n'ont-ils pas proclamé que l'hystérectomie était indiquée toutes les fois que la bilatéralité des lésions des annexes n'était pas douteuse ?

Or, dans le cas que j'ai cité la bilatéralité des lésions annexielles était évidente. Je n'ai pas fait l'hystérectomie. La laparotomie m'a permis de conserver les annexes d'un côté. Il me semble que j'ai eu raison de ne pas m'en tenir à l'indication formelle posée par MM. Segond et Péan. La formule de ces chirurgiens n'est donc pas d'une exactitude suffisante. C'est tout ce que je voulais démontrer.

M. Segond n'a-t-il pas pratiqué, de l'aveu même de M. Baudron, « bien des laparotomies pour lésions unilatérales ou soupçonnées telles, car plusieurs fois les annexes des deux côtés reconnues malades après ouverture du ventre ont dû être enlevées » ?

M. Segond n'a donc pas pu diagnostiquer dans certains cas l'unilatéralité ou la bilatéralité des lésions.

M. Baudron déclare que pendant deux ans il n'a jamais vu une seule fois son maître Pozzi reformer après laparotomie un diagnostic opératoire porté sous chloroforme.

Le terme « diagnostic opératoire » prête à discussion et je n'en veux point avoir, quand il s'agit de l'impeccabilité de M. Pozzi. Mais alors que signifie la phrase suivante de M. Pozzi lui-même lorsqu'il montrait la supériorité de la laparotomie ? « L'hystérectomie, disait le chirurgien de Lourcine-Pascal, est une opération de certitude qui suppose l'infaillibilité du diagnostic ». Et il se servait de cet argu-

(1) J'espère pouvoir publier un cas très intéressant qui montre combien l'uretère est éloigné du bord correspondant de l'utérus.

ment pour montrer que la laparotomie devait être préférée à l'hystérectomie.

L'argument a toute sa valeur, même s'il m'était démontré, et je ne demande pas mieux que d'en être convaincu, que M. Segond et M. Pozzi ne se trompent jamais.

On a reproché à l'hystérectomie d'être une opération parfois incomplète, en ce sens que, dans certains cas, elle ne permet pas d'enlever toutes les lésions.

M. Baudron réplique que le chirurgien est dans la nécessité d'agir de même dans quelques cas, quand il fait la laparotomie. Mais c'est une nécessité qui assombrit le pronostic. Les malades opérées de cette façon restent souvent avec des douleurs. L'opération incomplète, contre laquelle Lawson Tait s'élève avec vigueur, n'est qu'un pis aller.

Il y a lieu de faire le départ des cas opérables par le vagin et des cas qui doivent être traités par l'incision abdominale.

Les cas compliqués de suppuration pelvienne doivent être traités par l'hystérectomie: c'est entendu; mais il n'en est pas moins vrai de dire que la laparotomie trouve son indication dans un grand nombre de lésions annexielles. L'incision abdominale permet parfois de conserver les annexes d'un côté, et cette chirurgie ne doit pas être dédaignée.

Comme M. Baudron je trouve qu'il faut être circonspect dans le traitement des névralgies pelviennes. L'hystérectomie, appliquée à cette affection, est le plus souvent une opération inutile.

La grossesse extra-utérine est justifiable de la laparotomie ou de l'élytrotomie.

La perforation chirurgicale de l'utérus ne doit pas être traitée par l'hystérectomie, du moins d'une façon générale. Quand on se décide à intervenir, l'incision du cul-de-sac postérieur, avec drainage consécutif, me semble suffisante.

Je ne veux pas terminer sans faire de nouveau l'éloge du travail de M. Baudron. J'y ai relevé ce qui me paraissait discutable, je n'ai pas pu mettre en relief tout ce qu'il y avait d'intéressant dans cette thèse, qui mérite une place dans la bibliothèque des gynécologistes, et qui marquera une étape dans l'histoire de l'hystérectomie vaginale.

R. Pichevin.

6 octobre 1894.

REVUE DE CHIRURGIE

Le Congrès français de chirurgie vient d'accomplir la première étape de la décentralisation que plusieurs de ses membres rêvaient pour lui depuis plusieurs années déjà. C'est à Lyon, en effet, qu'a été ouverte hier la première séance de sa huitième session. Après Lyon viendront, sans doute, Bordeaux, Lille, Toulouse, Nancy, Montpellier, qui ne voudront pas être en reste et auront à cœur d'offrir chacune aux chirurgiens français la large hospitalité qu'ils reçoivent à Lyon cette année. Puis, les villes où fonctionnent des écoles secondaires revendiqueront probablement à leur tour l'honneur fait à leurs grandes sœurs.... Hélas! pierre qui roule n'amasse pas mousse. Puisse le Congrès faire mentir le proverbe! Nous souhaitons qu'il ne prenne point, au cours des nombreux voyages auxquels il semble désormais appelé, la maladie de langueur que plusieurs des membres qui l'honorent le plus redoutent déjà pour lui.

Le professeur Ollier, après avoir souhaité la bienvenue aux chirurgiens français, a plaidé la cause de la décentralisation, et, pour qu'ils n'en ignorent, a rappelé aux membres du Congrès, — c'est la *Médecine Moderne* qui parle — que Lyon est un centre chirurgical de premier ordre où les malades affluent de toutes parts, attirés par la réputation des chirurgiens qui y exercent leur art — heureux pays!

Puis, le professeur Tillaux, président du Congrès, a fait l'éloge de cette « pépinière d'éminents chirurgiens lyonnais ». Et les discussions scientifiques ont commencé.

A citer d'abord quelques communications sur des sujets dont l'intérêt n'échappera à personne.

M. Gayet (de Lyon) nous apprend que, dans les plaies des paupières, il est bon de pratiquer la suture avec affrontement exact et toilette préalable de la région: quand la peau est intéressée, c'est la peau qu'il faut suturer; quand l'orbiculaire est atteint, les fils doivent réunir l'orbiculaire; quand le tarse est coupé, il faut coudre aussi le tarse. M. Chalot (de Toulouse) rapporte l'histoire — peu compliquée — d'un malade à qui il a enlevé la verge, le scrotum, les testicules et les ganglions inguinaux pour le guérir d'un vaste épithélioma (émasculation) des organes génitaux externes. M. Rafin (de Lyon) a enlevé un calcul enchatonné du bas fond de la vessie par la taille hypogastrique chez un malade que la lithotritie n'avait pas guéri, et a traité avec succès une névralgie du dentaire inférieur par la résection du nerf douloureux. M. Reboul (de Nîmes) a fait le diagnostic de kyste hydatique de la masse sacro-lombaire chez un malade dont la tumeur présentait du frémissement hydatique et qui avait été opéré six mois auparavant d'un kyste hydatique multiloculaire de la plèvre. M. Hassler (médecin militaire) a vidé un abcès du médiastin antérieur qui avait perforé le sternum en agrandissant cette trépanation spontanée. Enfin M. Zancarol (d'Alexandrie) a rappelé aux membres du Congrès qu'il y avait trois procédés de traitement de l'hydrocèle vaginale (ponction et injection iodée — ouverture et drainage — ouverture et résection) et leur a fait savoir qu'il préférait cette dernière méthode. 58 opérations, 58 succès; deux de moins que M. Augagneur (de Lyon) — 60 sur 60.

Si ce besoin d'entretenir le monde savant des petits faits et gestes de leur pratique journalière prend chaque année quelques nouveaux confrères, le Congrès fera bien d'allonger la période de ses sessions; quand l'épidémie se sera étendue à la dixième partie des praticiens de France, les reporters auront de beaux jours.

Le professeur Le Dentu a formulé d'une façon précise les indications opératoires applicables aux différentes variétés d'ankyloses de la hanche (redressement manuel, myotomie, ostéoclasie, ostéotomie linéaire, ostéotomie cunéiforme) et, dans une seconde et intéressante communication, a étudié les rapports de l'épithélioma avec la leucoplasie buccale, l'évolution très variable de celle-ci sur les différents sujets qu'elle atteint, et la thérapeutique dont elle est justiciable suivant la forme qu'elle revêt et la marche qu'elle prend.

MM. Albarran, Pousson (de Bordeaux) et Louméau (de Bordeaux) ont montré les avantages qu'on pouvait retirer de la cystotomie préalable dans la cure de quelques affections des voies urinaires (fistules pyo-urétérales, fistules vésico-vaginales, fistules uréthrales).

M. Picqué a rapporté l'histoire très intéressante d'une malade atteinte d'un cancer du col utérin et d'anurie consécutive, chez laquelle il a pu prévenir les accidents urémiques par la taille rénale sans suture du rein à la peau.

M. A. Guérin a rappelé le mécanisme du réflexe syncopal pendant l'administration du chloroforme, et fort de sa longue pratique chirurgicale, confirmée par des expériences récentes sur les lapins, a conseillé de préserver les fosses nasales contre l'action irritante des vapeurs de l'agent anesthésique en faisant respirer le patient par la bouche.

M. Chalot (de Toulouse) pense (peut-être quelques chirurgiens ne seront-ils pas de son avis) qu'on diminuerait les chances de mortalité dans la désarticulation de la hanche en employant son procédé. Ce procédé consiste, après avoir fait une boutonnière abdominale, à décoller le péritoine et à aller, au travers de cette boutonnière, à la recherche des vaisseaux iliaques primitifs « dans l'angle formé par le bord interne arrondi du psoas et le flanc correspondant du promontoire ». Un aide fait la compression digitale au fond de la plaie, et le chirurgien, désormais rassuré sur l'hémostase, pratique la désarticulation. La boutonnière abdominale de M. Chalot ne semble pas constituer, par elle-même, une méthode très personnelle : elle ressemble beaucoup au procédé classique qu'on emploie pour lier l'artère iliaque externe. Ce qu'il y a d'original, c'est seulement l'application qu'il en a faite. Cette application est-elle pratique? M. Pollosson (de Lyon) semble avoir, à cet endroit, quelques doutes. De fait, il est si facile de pratiquer une désarticulation de la hanche avec une perte de sang tout à fait insignifiante qu'on se demande le pourquoi de la complication imaginée par M. Chalot, complication qui allonge la durée de l'opération et augmente l'intensité du traumatisme.

M. Roux (de Lausanne) continue à ne point aimer la thérapeutique du goître par les injections interstitielles qu'il accuse d'être aussi dangereuses que le vrai traitement opératoire (ablation par la méthode de Kocher ou énucléation par la méthode de Socin). Les injections interstitielles ne sont dangereuses que si elles sont mal faites. M. Roux a pratiqué 292 thyroïdectomies ou énucléations: il a perdu, je crois, quatre malades; s'il avait pratiqué lui-même des injections interstitielles chez 292 malades, il n'en aurait perdu aucun. Ceci dit sur la question de gravité, il est fort possible que l'intervention radicale proposée par M. Roux soit préférable à la thérapeutique lente des instillations d'iode; en tous cas, sa statistique est des plus belles et tout à fait encourageante.

M. Rafin (de Lyon) pense que dans les névralgies rebelles de la face, il faut pratiquer l'arrachement des nerfs sectionnés avant d'avoir recours aux procédés compliqués de Carnochau, Lucke, Lossen, Braun, Segond — il n'y aurait pas eu grand mal à ajouter Quénu.

Mais le gros morceau de la journée d'ouverture a été, pour le Congrès, la discussion engagée sur la pathogénie du cancer. Disons tout de suite qu'elle ne nous a rien appris. M. Bard (de Lyon), dont la grande compétence en pathologie générale n'est discutée nulle part, a fait une très belle communication, mais par malheur on n'y peut trouver que des idées — très jolies, il est vrai — mais point de faits. M. Bard n'accepte ni la théorie de l'origine parasitaire, ni la contagion du cancer qu'ont défendues, au contraire, devant le Congrès, M. Guelliot (de Reims) et M. Delore (de Lyon)... Mais nous reviendrons prochainement sur cette question.

P. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 octobre.

L'abattage des animaux de boucherie.

M. Laborde vient donner l'opinion de la physiologie sur cette question qui a été discutée dernièrement par l'Académie au sujet d'un rapport fait par M. Dieulafoy (Voir *Gaz. Méd.*, p. 368, n° 31, 4 août 1894) : vaut-il mieux abattre les animaux de boucherie par la section jugulaire ou par les autres procédés, tels que l'assommement par exemple? Au point de vue physiologique pur, la piqûre du bulbe rachidien est évidemment le mode le plus expéditif et le moins douloureux pour l'abattage des animaux. Mais c'est un procédé de laboratoire et qui exige des connaissances trop spéciales pour être transporté dans la pratique des abattoirs.

Il y a cependant un moyen indirect d'aller piquer le bulbe : c'est le procédé du masque. On applique sur le front de l'animal un masque percé d'un trou auquel s'adapte un boulon d'une longueur déterminée. Ce boulon, enfoncé rapidement par un coup de massue, traverse la substance cérébrale et va atteindre la moelle allongée. Mais ce procédé a l'inconvénient d'endommager le cerveau qu'il rend invendable, et il ne peut guère s'employer que pour l'abattage d'animaux dont la cervelle n'a pas une valeur marchande.

Quoi qu'il en soit, ces deux procédés ont l'avantage d'être d'un effet rapide et partant peu douloureux. L'assommement, au contraire, en nécessitant la réitération de plusieurs coup de massue, constitue, pour M. Laborde, le procédé le plus cruel que l'on puisse employer.

Quant à la saignée de l'animal par section des vaisseaux jugulaires, elle constituerait, en amenant une hémorrhagie rapide et complète qui s'accompagne d'une syncope mortelle, le procédé le plus favorable à l'abattage des animaux. Cet égorgement est suivi, il est vrai, de mouvements convulsifs, mais ces mouvements sont purement réflexes et absolument inconscients. Ce procédé favorise, en outre, la conservation de la viande, parce qu'il n'exerce pas, comme l'assommement, d'action suspensive sur le cœur, et il permet un écoulement facile du sang après la section des vaisseaux du cou.

En définitive, M. Laborde pense que, pour le moment du moins, l'égorgement hémorrhagique est, au point de vue physiologique, le meilleur procédé d'abattage.

M. Weber a déjà soutenu devant l'Académie que l'assommement était, à son avis, le procédé d'abattage le plus favorable et le plus praticable. Il va sans dire que la piqûre du bulbe reste le procédé le plus scientifique et le plus rapide. Mais M. Weber pense, avec M. Laborde, qu'il est difficile de le mettre dans la pratique avec toute la précision dont il faut l'entourer. Enfin, l'égorgement reste également inapplicable, quoi qu'en dise M. Laborde, pour les grands animaux, parce qu'il nécessite des moyens de contention préalable qui ne sont pas toujours à la portée des opérateurs. L'assommement reste donc le procédé qui doit être préféré.

M. Le Roy de Méricourt rappelle que dans les *saladeros* de la Plata, on emploie simultanément les trois procédés. L'animal est conduit par un plan incliné contre une traverse où son front vient butter violemment. Immédiatement, on pratique la section du cou et du bulbe et l'animal ne pousse aucun mugissement.

Nouveau procédé d'anesthésie mixte par association du chloroforme avec la spartéine et la morphine.

MM. Paul Langlois et G. Maurange présentent à l'Académie un procédé de chloroformisation destiné à éviter les accidents dus à l'emploi du chloroforme pur.

Après avoir rappelé, d'une part, que la syncope cardiaque est toujours à redouter dans le cours de la chloroformisation, et que, d'autre part, l'anesthésie par l'éthérisation ne met pas à l'abri de cet accident, ainsi que l'a démontré M. le professeur Lépine (de Lyon), MM. Langlois et Maurange en concluent qu'il est nature de tâcher de trouver un procédé d'anesthésie où ce danger ne soit pas à craindre.

Ce procédé existe-t-il à présent? On a fait différentes recherches pour l'obtenir, mais il faut avouer qu'aucune de celles-ci n'a encore abouti d'une façon définitive.

On a essayé d'abord d'atténuer l'action toxique du chloroforme ou de l'éther sur les centres nerveux, en mélangeant, suivant des

proportions données, de l'air au chloroforme et du protoxyde d'azote aux vapeurs d'éther.

Certains auteurs, au lieu de s'adresser à l'anesthésique, ont cru préférable d'agir sur les centres nerveux; et pour cela ils ont combiné la morphine et le chloroforme.

Dastre et Morat, de leur côté, ont cherché à supprimer l'action modératrice des pneumogastriques, au moyen de l'atropomorphine.

D'autres auteurs, enfin, ont voulu renforcer et régulariser les battements cardiaques pendant l'anesthésie.

Toutes ces méthodes, étant plus ou moins sujettes à caution, MM. Langlois et Maurange, utilisant les recherches de M. Laborde sur la spartéine, ont trouvé un procédé qui leur offre plus de garanties. Ils ont vérifié, dans des expériences préalables, la double action de la spartéine, qui, comme l'a démontré Laborde, est un dynamogénique et un tonique du cœur, et modère, comme l'a dit Masius, l'excitabilité du pneumogastrique.

Se basant sur ces résultats, MM Langlois et Maurange injectent, un quart d'heure avant que l'on commence l'anesthésie par le chloroforme, un centimètre cube de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine...	0 gr. 10
Sulfate neutre de spartéine..	0 gr. 30 à 0 gr. 50
Eau stérilisée	Q. S.

Pour 10 centigr. dans un flacon stérilisé.

Dans ces conditions, MM. Langlois et Maurange ont opéré 148 malades. Jamais ils n'ont eu non seulement le moindre accident, mais même la moindre alerte cardiaque; et leurs opérations ont porté sur des tuberculeux, des albuminuriques, des convalescents de fièvre typhoïde, etc., en même temps qu'elles ont été parfois de longue durée.

De plus, par l'injection préalable de spartéine et de morphine, il suffit d'une assez faible quantité de chloroforme pour maintenir l'anesthésie, qui est obtenue très rapidement et très facilement. Le pouls est toujours plein et régulier; les battements cardiaques toujours forts et vigoureux, même quand la narcose dure deux heures ou plus et que l'apnée toxique se manifeste.

Lorsque la respiration commence à faiblir et l'apnée toxique à se produire, on peut continuer l'anesthésie sans inconvénients si l'on a recours aux tractions rythmées de la langue.

En terminant, les auteurs résument leur travail ainsi : « L'injection de spartéo-morphine avant l'anesthésie, les tractions rythmées de la langue pendant l'anesthésie, sont les moyens les plus propres à prévenir la syncope cardiaque et la syncope respiratoire bulbaire ».

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er octobre.

Sur un faisceau de fibres cérébrales descendantes allant se perdre dans les corps olivaires (faisceau cérébro-olivaire).

M. J. Luys croit avoir démontré en 1884 que les fibres blanches cérébrales, malgré leur complexité, obéissent à un ordre général et présentent des dispositions plus simples qu'on ne pense. Se basant sur les recherches de l'anatomie pathologique et de l'anatomie comparée, voici les conclusions auxquelles l'orateur arrive au sujet de ces fibres cérébrales:

1° Les unes, transversales, passent d'un hémisphère à l'autre et forment le système de fibres commissurantes (corps calleux, commissures diverses) ;

2° La plupart des autres fibres obéissent à plusieurs centres d'attraction.

·Nées de tous les points de la périphérie corticale, au milieu des réseaux de cellules, elles forment plusieurs systèmes et sont toutes convergentes.

Les unes se pelotonnent autour de la couche optique et vont se perdre dans ses réseaux : elles constituent le système de fibres cortico-thalamiques. Elles sont connues isolément sous la dénomination de couronne rayonnante de Reil pour la portion moyenne, de capsule interne pour la portion antérieure et de fibres de Kœlliker pour la portion postérieure.

D'autres vont se perdre dans le réseau du corps strié et du noyau jaune que j'ai particulièrement signalés dès 1865; c'est le système de fibres cortico-striées ;

3° Un troisième groupe de fibres blanches passant sous la couche optique, système cortico-sous-optique, et confondues jusqu'ici sous la dénomination d'expansion pédonculaire, va se perdre dans les différents départements de la substance grise des régions protubérantielle et bulbaire (noyau rouge de Stilling, substance grise de la bandelette accessoire que j'ai le premier décrite en 1865, noyau rouge de la protubérance et corps olivaires).

Si les noyaux centraux reçoivent un contingent ascendant de fibres venues de la moelle, la majeure partie des fibres blanches cérébrales convergent comme les rayons partis de la périphérie d'une sphère creuse qui se concentraient vers leur noyau central; elles vont toutes se perdre vers les noyaux centraux. On peut dire, en un mot, que l'écorce tout entière se relie par ses fibres blanches aux différents départements de l'axe.

Parmi ces faisceaux descendants, il en est un sur lequel l'orateur attire spécialement l'attention. C'est un faisceau bilatéral, en forme de bandelette, qui descend avec le contingent des fibres blanches descendantes. Il passe en arrière de la substance grise de la protubérance, dans une direction curviligne, et gagne ainsi l'extrémité de chaque corps olivaire correspondant; il l'entoure et lui forme une sorte de capsule ovalaire en se moulant sur la périphérie des anfractuosités des olives. Il se perd au milieu de ses plis et replis et forme des fibres afférentes à ces ganglions.

Les corps olivaires du bulbe, comme les noyaux opto-striés des lobes cérébraux, se trouvent donc eux aussi reliés aux éléments multiples de l'écorce, et désormais on peut dire qu'ils forment un système conjugué dont les éléments sont strictement associés.

Comme preuve de ce fait, M. Luys rappelle que les corps olivaires sont proportionnels, comme masse, non pas à la moelle épinière, mais à celle des lobes cérébraux proprement dits.

En 1859, M. Luys a déjà signalé à la Société de Biologie que, dans la moelle du bœuf et du cheval, les corps olivaires se présentaient sous forme de linéament rudimentaire, ce qui prouve que ce ne sont pas des éléments anatomiques liés à ceux de la moelle. Chez l'homme, les corps olivaires sont au maximum de développement et proportionnels à la masse cérébrale. L'existence du faisceau que l'orateur signale aujourd'hui est donc la confirmation de ces rapports mystérieux, jusqu'ici inexpliqués et dont la physiologie est à faire tout entière, puisque ces rapports peuvent être considérés comme un des facteurs silencieux de l'activité cérébrale.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Rapport fait au nom de la commission de l'armée chargée d'examiner la proposition de loi de M. Léon Labbé, tendant à modifier l'article 24 de la loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée, en ce qui touche les obligations militaires des étudiante en médecine, par M. Léon Labbé, sénateur.

Messieurs, la commission de l'armée a bien voulu me charger de vous présenter le rapport sur la proposition de loi que j'ai eu l'honneur de déposer dans la séance du 10 mai 1894, comme corollaire de mon intervention dans le débat soulevé devant le Sénat, le 8 mai dernier, à l'occasion de l'interpellation adressée à M. le ministre de l'instruction publique par notre honorable collègue, M. le Dr Gadaud, sur l'application des nouveaux règlements rela-

tifs aux études médicales, édictés par le décret du 31 juillet 1893.

Aux termes de ces réglements élaborés par le Conseil supérieur de l'instruction publique, dans le but de renforcer l'enseignement scientifique préparatoire donné aux étudiants en médecine, les jeunes gens qui se destinent à la profession médicale, une fois leurs études classiques terminées, seront astreints, désormais, à suivre pendant une année entière le cours des Facultés des sciences.

Me plaçant au point de vue des obligations militaires imposées aux étudiants en médecine, je me suis demandé si la mise en œuvre du décret du 31 juillet 1893 n'aurait pas pour effet de modifier profondément les conditions dans lesquelles se trouvent placés les jeunes gens au regard des prescriptions de la loi du 15 juillet 1889.

Poser la question, c'est la résoudre. Manifestement, l'application du décret exerce sur la loi de recrutement une répercussion qui impose la modification de l'article 24, c'est-à-dire le recul de la limite d'âge pour l'obtention du diplôme de docteur.

En effet, l'article 24 de la loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement dispose que « les étudiants en médecine qui n'ont pas obtenu avant l'âge de vingt-six ans le diplôme de docteur ou le titre d'interne des hôpitaux, dans les villes où il existe une Faculté de médecine, sont tenus d'accomplir les deux années de service dont ils ont été dispensés ultérieurement, en vertu de l'article 23 de la même loi ».

Il est incontestable que, par suite de l'application du décret du 31 juillet 1893, un grand nombre d'étudiants en médecine vont se trouver exposés à tomber sous le coup de cet article 24.

Avant le nouveau décret, un jeune homme possédant à la fin de ses études classiques le baccalauréat ès sciences pouvait entrer immédiatement à l'Ecole de médecine, et, en supposant qu'il eût terminé ses études secondaires à dix-neuf ans (âge moyen), il avait sept ans devant lui pour satisfaire à l'année de service militaire et obtenir, dans le délai imparti par la loi de 1889, soit le diplôme de docteur en médecine, soit le titre d'interne des hôpitaux dans les villes où il existe une Faculté.

Rigoureusement, le cycle des études médicales était, et est encore, de cinq ans; mais, dans la pratique, ainsi que le démontrent toutes les statistiques relevées par M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, dans son rapport au ministre de l'instruction publique, la durée moyenne des études est, en réalité, pour les plus favorisés, de six à sept années.

Si, à la rigueur, les six années que la plus grande partie des élèves avaient à leur disposition, sous ce régime, pouvaient être suffisantes, aujourd'hui la situation est absolument modifiée, en ce sens que tout étudiant en médecine, quelque laborieux qu'il puisse être, alors même qu'il eût été capable de conquérir simultanément ses deux baccalauréats, se trouvera dans la nécessité de consacrer une année entière à l'étude des sciences dites « accessoires » qui seront professées en exécution du décret du 31 juillet 1893.

Reprenant le chiffre moyen de dix-neuf ans déjà indiqué, comme âge de début pour les études médicales, les étudiants auront à donner une année au service militaire et une année à la Faculté des sciences, ce qui les reportera à l'âge de vingt et un ans pour prendre leur première inscription de doctorat, et, par suite, il ne leur restera que cinq ans pour obtenir en temps utile le diplôme de docteur en médecine ou le titre d'interne dans les conditions énoncées plus haut.

C'est dans le but de leur conserver une sixième année d'études, absolument indispensable, que nous avons déposé notre proposition de loi qui consiste, purement et simplement, à reporter de vingt-six à vingt-sept ans l'expiration du délai accordé jusqu'ici par la loi de 1889 pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine ou du titre d'interne des hôpitaux.

M. le ministre de la guerre, consulté sur les conclusions de la proposition de loi dans la séance de votre commission de l'armée du 9 juin 1894, s'est montré nettement favorable à la limite d'âge de vingt-sept ans au lieu de vingt-six.

Se plaçant au point de vue des intérêts de l'armée dont il a la charge, M. le ministre a reconnu que la modification proposée n'offrait aucun inconvénient, puisque les étudiants en médecine, ayant tous accompli une année de service militaire, pourraient être utilement incorporés en cas de mobilisation.

D'autre part, le législateur de 1889 avait fixé la limite d'âge à vingt-six ans, en se basant sur une durée d'études minimum de cinq années; depuis cette époque, est intervenu un décret qui porte à six années au lieu de cinq le temps nécessaire pour l'obtention du diplôme de docteur, par suite de l'obligation pour tous les étudiants en médecine de passer une année dans l'une des Facultés des sciences.

Il semble, dès lors, équitable de reculer d'une année aussi le moment des justifications exigées par l'autorité militaire.

A la suite de cette déclaration, la commission de l'armée a adopté, à l'unanimité des membres présents, la proposition de loi suivante, qu'elle a l'honneur de soumettre au Sénat :

PROPOSITION DE LOI

Article unique. — L'article 24 de la loi du 15 juillet 1889 est modifié ainsi qu'il suit :

« Art. 24. — Les jeunes gens visés au paragraphe 1er de l'article précédent qui, dans l'année qui suivra leur année de service, n'auraient pas obtenu un emploi de professeur, de maître répétiteur ou d'instituteur, ou qui cesseraient de la remplir avant l'expiration du délai fixé;

» Ceux qui n'auraient pas obtenu avant l'âge de vingt-six ans les diplômes ou les prix spécifiés aux alinéas du paragraphe 2, « à l'exception toutefois des diplômes de docteur en médecine et du titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine, pour l'obtention desquels la limite d'âge, en ce qui touche le bénéfice résultant de l'article 23, est fixé à vingt-sept ans. »

(Le reste comme à l'article actuellement en vigueur).

Asiles d'aliénés.

Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine vacantes au 1er janvier 1895, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine : Asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif, et l'infirmerie spéciale des aliénés à la préfecture de police.

Le samedi 1er décembre 1894, à midi précis, il sera ouvert à la préfecture de la Seine, annexe de l'Hôtel de Ville, rue Lobau, n° 2, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine qui seront vacantes dans lesdits établissements au 1er janvier 1895. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de midi à cinq heures, depuis le lundi 29 octobre jusqu'au samedi 10 novembre 1894 inclusivement.

Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie, vacantes au 1er janvier 1895, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine : Asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif.

Le lundi 12 novembre 1894, à une heure précise, il sera ouvert à l'Asile clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1895 dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de midi à cinq heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 15 au samedi 27 octobre 1894 inclusivement.

De la castration judiciaire.

Un médecin américain, M. Daniels, propose de faire entrer la castration dans l'arsenal des peines et moyens thérapeutiques légaux. Il l'appliquerait à tous les cas de perversion sexuelle et même aux cas d'attentats d'ordre sexuel quels qu'ils soient; il propose aussi la castration pour les aliénés, non comme punition, mais pour empêcher la procréation d'êtres chez qui la tare paternelle aurait de grandes chances de reparaître.

Prix Civiale.

Un concours est ouvert entre les internes titulaires et provisoires pour le prix biennal de 1,000 fr. fondé par feu le Dr Civiale à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au Secrétariat général de l'administion, avant le 15 octobre 1894, au plus tard.

Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au Secrétariat général, avenue Victoria, 3.

Congrès français de médecine interne.

(1re SESSION, LYON 1894).

M. le professeur POTAIN a accepté de présider la première séance et de prononcer le discours d'ouverture du Congrès. Deux rapports seront présentés au Congrès sur chacune des trois questions mises en discussion :

Etiologie et pathogénie du diabète. — Rapporteurs : M. le Dr LANCEREAUX, de Paris, et M. le professeur LÉPINE, de Lyon.

De la valeur clinique du chimisme stomacal. — Rapporteurs : MM. les professeurs HAYEM, de Paris, et BOURGET, de Lausanne.

Des aphasies. — Rapporteurs : MM. les professeurs BERNHEIM, de Nancy, et PITRES, de Bordeaux.

Le Conseil de l'Association française pour l'avancement des sciences a décidé de faire représenter l'Association au Congrès et a délégué à cet effet M. le professeur BOUCHARD.

Nous rappelons que le Congrès aura lieu du 25 au 29 octobre.

Le titre des communications doit être adressé à M. le Dr L. BARD, secrétaire général, rue de la République, 30, avant le 10 octobre. Les adhésions et les cotisations (20 francs) doivent être adressées à M. le Dr LANNOIS, trésorier, rue Saint-Dominique, 14.

Distinctions honorifiques.

Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : *Officier* : M. le Dr Lœderich (médecin militaire). — *Chevalier:* M. le Dr Carivenc (médecin militaire)

Récompenses.

Par une décision ministérielle du 15 septembre 1894, une médaille d'or a été décernée à Mme Fontaine (sœur Vincent), à l'hospice mixte de Béthune, pour récompense des actes de dévouement à l'occasion d'épidémies. — Le ministre de l'intérieur a décerné une médaille à M. le Dr Clervoy (de Paris), en récompense du dévouement dont il a fait preuve au cours de l'épidémie cholérique qui a sévi à Saint-Denis en 1892.

Les Congrès de Bordeaux en 1895.

A l'occasion de l'exposition internationale qui aura lieu dans cette ville, on annonce l'organisation :

1° D'un Congrès de pédiatrie et de gynécologie sous la présidence de MM. les Drs Tarnier et Lannelongue ;

2° D'un Congrès d'hygiène organisé par la Société d'hygiène.

De plus, les chirurgiens de Bordeaux demandent la réunion, dans cette ville, des Congrès français de chirurgie en 1895.

Laboratoire pour le vaccin de la peste de Sibérie à Saint-Pétersbourg.

L'administration gouvernementale russe vient d'autoriser l'ouverture, à Saint-Pétersbourg, d'un laboratoire pour la préparation, d'après le système Pasteur, d'un vaccin contre l'épizootie connue sous le nom de peste de Sibérie. La lymphe destinée à la composition de ce vaccin sera envoyée par l'institut Pasteur de Paris.

Le vaccin de la diphtérie à Bordeaux.

A la première nouvelle de la découverte de M. Roux, le Dr Lande, adjoint au maire de Bordeaux, chargé de l'hygiène et de la salubrité, a demandé des tubes du vaccin contre la diphtérie. L'institut Pasteur a répondu qu'il ne pouvait satisfaire à cette demande pour le moment. Aussitôt, la municipalité s'est entendue avec le Dr Gabriel Féré, professeur de médecine expérimentale à la Faculté, et a mis à sa disposition des chevaux, des locaux et le matériel nécessaire à la préparation du remède.

Affaire Lafitte.

Nous extrayons des *Débats* les quelques lignes biographiques suivantes sur le Dr Lafitte :

« M. Lafitte organisa, en 1870, un corps de francs-tireurs à Montpellier, puis il fit toute la campagne de la Loire comme lieutenant du bataillon des mobiles « Finistère-Morbihan ».

» Nous avons eu sous les yeux des lettres de MM. Fournier, capitaine-commandant de ce bataillon, rendant hommage à la bravoure du lieutenant Lafitte, et signalant les services qu'il rendait comme médecin après la bataille.

» En 1881, le Dr Lafitte s'offrit spontanément pour guide des Compagnies de débarquement à Sfax et pénétra à la tête de la colonne de l'amiral Miot dans la ville arabe (26 juillet). Il fut, de ce chef, l'objet de deux propositions pour la Légion d'honneur.

» Voici la lettre qu'il reçut et à laquelle le procès de Versailles donne l'actualité :

« Cuirassé l'*Alma*, le 22 juillet 1881.

» Mon cher monsieur Lafitte,

» Je viens d'écrire à l'amiral, à qui j'ai dit tous les services que vous avez rendus à la colonne de l'*Alma* et aux autres colonnes d'attaque quand nous avons marché sur la *Casbah*.

» C'est vous qui avez servi de guide et les guides ne marchent pas généralement en queue de la colonne.

» Je suis certain que notre Ministre recevra de l'amiral les témoignages les plus flatteurs à votre cause, et si celui de mon autorité peut vous être de quelque utilité, ma lettre vous suffira, j'espère.

» Je profite de l'occasion pour vous remercier encore de votre concours si dévoué pendant le débarquement.

» Dans ces circonstances, les moindres renseignements sont précieux et vous nous en avez donné beaucoup.

» Je ne vous parle pas de votre conduite de vieux soldat sous le feu.

» Recevez, etc.

» *Le capitaine de vaisseau, commandeur de la Légion d'honneur et commandant l'*Alma,

» Signé : E. MIOT. »

» Pendant trois ans, M. Lafitte fut ensuite contrôleur civil en Tunisie, où il remplissait en même temps les fonctions de médecin adjoint à la Compagnie du chemin de fer de Bône-Guelma.

» Un pétition sollicitant la mise en liberté du docteur circule en ce moment en Tunisie et se couvre de signatures. Rien qu'à Tunis, nous relevons parmi les signataires les noms de vingt chevaliers de la Légion d'honneur. »

Samedi dernier, les Conseils judiciaires de notre infortuné confrère ont remis à la présidence et au ministère de la justice deux dossiers de pétitions qui portent la signature d'un nombre considérable de médecins des diverses régions de la France. Ce mouvement d'opinion est la meilleure réponse à ceux qui ont voulu faire passer nos protestations et celles de nos collègues de la presse médicale comme une « opération de sauvetage ».

En tout cas, il y a eu beaucoup de sauveteurs et parmi eux, il faut les en féliciter, les médecins du Parlement, les dignitaires des Facultés et des Ecoles, des médecins des hôpitaux, le président et les membres du Conseil de l'Association, des Sociétés locales, de l'Union des Syndicats, des Syndicats de Paris et des départements, des Sociétés médicales d'arrondissement, etc., etc.

Nul doute que l'attention bienveillante de M. le président de la République ne soit attirée sur la triste situation d'un innocent et qu'une solution prochaine intervienne.

Nos confrères de Belgique ont voulu s'associer au mouvement en faveur du Dr Lafitte et font circuler une demande de grâce au président de la République.

Un certificat de complaisance.

Cette semaine a comparu devant la 8e chambre le docteur Plauet, domicilié rue Montmartre, 93, poursuivi pour avoir délivré un faux certificat médical à un jeune caporal d'infanterie de marine, le nommé Revert.

Afin d'obtenir une permission, celui-ci dit à son colonel qu'il devait venir à Paris pour assister aux derniers moments de son grand-père. On lui permit de partir, mais, sa permission expirée, il écrivit à son colonel, lui demandant un supplément de congé, l'agonie du grand-parent se prolongeant.

Il obtint huit jours, mais le colonel soupçonnant un supercherie fit faire une enquête et apprit que le grand-père du caporal Revert était mort depuis deux ans.

65e ANNÉE. 9e SÉRIE. TOME I — N° 42 — 20 OCTOBRE 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

REVUE CRITIQUE

Le foie et l'estomac.

Si les questions de pathologie générale ont le don de séduire certains esprits, cela tient sans doute à ce qu'elles prêtent largement à l'hypothèse et qu'elles se plient facilement à l'infinie variété des conceptions individuelles. A l'inverse des faits particuliers qui n'admettent habituellement qu'un petit nombre d'explications, elles comportent une grande élasticité dans l'interprétation, ce qui, assurément, favorise le goût que tel ou tel peut avoir pour les inductions personnelles ou pour les généralisations prématurées. Pourtant, les progrès de toutes sortes, réalisés depuis quelques années dans toutes les branches de la médecine, ont certainement restreint ce domaine de l'hypothèse, en donnant aux questions d'ordre général une précision de contours qu'elles n'avaient pas connue jusqu'alors. Nous pouvons prendre pour exemple la doctrine de l'infection, avec toutes les données chimiques et microbiennes qui s'y rapportent et toutes ses conséquences pratiques, lesquelles se résument dans ces deux grandes choses : l'antisepsie et l'asepsie. Puis, tout à côté, la théorie des virus vaccins qui n'est encore qu'à ses débuts, mais qui nous promet déjà une ample moisson d'applications utiles. Ces deux exemples sont choisis pour donner une idée du mouvement qui s'est opéré dans les diverses branches de la pathologie générale et qui ne peut manquer de se communiquer aux autres questions non moins importantes qui ressortissent de son domaine.

La question des rapports du foie et de l'estomac est au nombre de ces dernières, et on peut la mettre sans hésiter en tête de la liste. Nos prédécesseurs avaient déjà compris cette importance, ils avaient entrevu la synergie fonctionnelle qui réunit ces deux organes l'un à l'autre et qui se traduit par une véritable solidarité dans l'état pathologique. Toutefois, on peut dire qu'ils ont entrevu, plutôt qu'ils n'ont connu cette solidarité, laquelle représente pourtant une vérité de premier ordre, car elle s'affirme par des faits devant lesquels la critique doit s'incliner. C'est à l'étude de ces faits que les médecins se sont attachés récemment ; grâce à l'appoint combiné de l'anatomie pathologique et de la chimie, ils ont pu recueillir des documents grâce auxquels la question a pris un corps et une forme qui en font déjà un des chapitres les mieux délimités de la pathologie générale.

Au nombre des travaux récents, inspirés par ce sujet, nous citerons particulièrement deux mémoires qui ont paru sous forme de thèses et traitent à peu près la même matière sous deux titres différents. C'est d'abord M. Boix qui cherche à nous montrer les divers modes de réaction du foie vis-à-vis de l'estomac chez cette innombrable catégorie d'individus qui s'appellent les dyspeptiques. On savait depuis longtemps que le foie pouvait subir l'influence nocive de certaines substances irritantes absorbées par la muqueuse du tube digestif. Mais nos acquisitions sur ce point étaient limitées à la connaissance des cirrhoses, dans la genèse desquelles l'alcool tenait une place à peu près exclusive, tout au moins prépondérante. Voilà une première donnée contre laquelle M. Boix croit devoir s'élever, et qu'il réfute à sa manière, en cherchant à prouver que l'alcool n'est pas la seule cause de sclérose pour le foie ; que, d'autre part, son mode d'intervention n'est pas simple, qu'il réclame au contraire la participation de facteurs multiples, au nombre desquels figure la prédisposition, ce que les anciens appelaient idiosyncrasie. Ne devient pas cirrhotique qui veut, dit M. Boix, et cette déclaration semble impliquer de sa part une adhésion plus ou moins entière à cette hypothèse de la prédisposition que les nosologistes de nos jours ont essayé de caractériser par les attributs de l'arthritisme. Il faut maintenant chercher une autre étiologie pour expliquer la genèse de ce groupe d'affections hépatiques, une étiologie plus large, plus compréhensive, plus satisfaisante pour l'esprit. C'est ici qu'apparaît le rôle tout puissant de la dyspepsie, rôle à peine soupçonné jusqu'à présent, ou plutôt méconnu et qui mérite pourtant de figurer au premier rang dans cette sorte d'équation pathologique.

On peut dire que le mémoire de M. Boix est contenu presque entièrement dans cette donnée principale. L'auteur a développé celle-ci jusqu'au bout, faisant concourir à sa démonstration tous les arguments que peuvent fournir les sources documentaires auxquelles on s'adresse en pareil cas : anatomie et physiologie pathologiques, chimisme stomacal, pathologie générale. D'abord il nous montre, avec Bouchard, que l'estomac est un véritable générateur

de poisons, une sorte d'officine où s'élaborent une foule de matières irritantes ou toxiques. Cette première notion conduit logiquement à l'idée de l'auto-intoxication, c'est-à-dire à une conséquence qui est de premier ordre pour la thèse que l'auteur soutient. Cette intoxication plus ou moins lente de l'individu par des produits engendrés dans le tube digestif entraîne des effets multiples qui intéressent à peu près tous les organes, en même temps qu'ils atteignent la nutrition générale par la voie détournée des troubles dyspeptiques. De là une grande variété de conséquences qui forment plusieurs groupes principaux: accidents cutanés, nerveux, rénaux; troubles d'ordre nutritif. Ces accidents sont de modalité et d'importance très diverses. On y voit même figurer des maladies ou états peu conciliables en apparence avec leur origine présumée; entre autres, des phénomènes nerveux (névralgies, sueurs nocturnes, contractures, palpitations) qui, par leur physionomie individuelle et leur polymorphisme paraissent réfractaires à une explication aussi simple que celle d'une origine purement toxique. Pourtant la physiologie pathologique est là, étayée sur la chimie, qui fournit des arguments très valables, sinon des preuves au sens absolu du mot.

Ici intervient l'histoire des poisons du tube digestif, avec toutes les données dont les travaux récents l'ont enrichie. Ces poisons sont extrêmement nombreux, et tout porte à croire que nous n'en connaissons encore qu'une partie, une fraction minime tout au plus. La plupart prennent naissance dans les cavités gastrique et intestinale, sous l'influence des fermentations qui s'y produisent en tout temps et avec toutes les variétés du chimisme gastrique. Soulignons en passant cette dernière proposition qui a une portée considérable, car elle contredit l'opinion d'après laquelle l'acide chlorhydrique normal aurait le pouvoir d'empêcher ces mêmes fermentations. Comme résultat immédiat de ces phénomènes de dédoublement, voici une série d'acides pourvus d'une toxicité variable : acides lactique, butyrique, valérianique, puis la série des acides gras, les acétones et les aldéhydes. Ensuite, et plus nombreuse encore, la série des micro-organismes pathogènes, dont on relève ici plus de cent espèces. Parmi eux, il en est de particulièrement redoutables par leur ubiquité et leur résistance aux causes de destruction, aussi bien que par leurs propriétés nocives : entre autres, le bacillus coli, que M. Boix appelle le microbe à tout faire, le parasite par excellence, qui, à l'occasion, est capable de tout et dont les méfaits ne se comptent plus. Bien que cette simple énumération évoque déjà l'idée de causes morbides multiples et puissantes, la démonstration ne peut s'arrêter là, il faut rechercher ensuite les conditions qui favorisent la production de ces poisons, qui déterminent leur entrée en scène et qui donnent ainsi une sorte de sanction clinique à leur présence dans les cavités du tube digestif.

M. Boix invoque ici un certain nombre de conditions dont les unes sont réelles, dont les autres sont encore marquées au coin de l'hypothèse pure. Recherchant les causes qui donnent naissance aux fermentations anormales, il en souligne deux principales : l'insuffisance de la motilité des parois stomacales, d'une part; la stagnation des ingesta, d'autre part. C'est l'histoire de la dilatation de l'estomac qui réapparaît ici, avec toute l'importance que Bouchard lui a donnée, comme aussi avec toutes les restrictions qu'elle comporte et les objections qu'elle a rencontrées. M. Boix a un mot assez heureux pour définir cette dilatation qu'il appelle la « constipation de l'estomac ». Voilà une expression qui fera peut-être fortune, comme toutes celles qui traduisent sous une forme originale une idée juste. Le fait est que cet état particulier coïncide souvent avec la stase intestinale, qui elle-même procède sans doute d'un pareil défaut de stimulus nerveux, d'une pareille atonie des parois du tube digestif. Cette inertie musculaire favorise puissamment les fermentations, lesquelles engendrent des produits qui irritent la muqueuse gastrique et lui imposent des altérations plus ou moins profondes, parmi lesquelles il en est d'irréparables. Telle est la transformation muqueuse des glandes de l'estomac, mise en lumière par Hayem et ses élèves. Cette lésion représente le substratum de beaucoup de dyspepsies considérées à tort comme simplement nerveuses ou essentielles. Le mérite de M. Hayem est précisément d'avoir montré cette fréquence des altérations stomacales, d'avoir fait ressortir le rôle et l'importance de cette gastrite, bien différente de celle dont Broussais avait voulu faire le fondement de sa pathologie. Avec cette nouvelle conception, le mot dyspepsie doit changer de sens, car il implique une donnée précise, celle qui comporte l'existence, à l'origine des troubles digestifs, d'une lésion histologique nettement définie. La thérapeutique, aussi bien que la nosologie, doit s'en trouver profondément modifiée.

Une autre question fort importante, et qui semble avoir préoccupé au même degré MM. Boix et Degueret, c'est celle des effets de la dyspepsie sur le foie, avec lequel l'estomac se trouve en connexion si étroite. C'est ici que l'on voit intervenir l'action du foie sur les poisons, avec, pour contre-partie, la série des altérations que ces derniers amènent dans la structure de la glande hépatique. Celle-ci exerce sur les substances toxiques une action modificatrice et destructive, qui en fait une barrière efficace et suffisante contre la plupart des intoxications d'origine gastro-intestinale. Pourtant, malgré les services qu'elle nous rend, combien faible et incomplète est cette barrière dans un trop grand nombre de cas? Et corrélativement, combien fréquente la désorganisation du foie sous l'influence de ces poisons? La cirrhose atrophique est restée longtemps le type accompli de ces lésions d'origine irritative; elle mérite peut-être de conserver cette qualité, mais à la condition qu'on ne lui donnera que le rang qui lui est dû, et qu'on fera place auprès d'elle à bien d'autres altérations, dont les unes commencent à être connues, dont les autres sont encore à peine soupçonnées. D'ailleurs, la cirrhose n'est elle-même qu'un aboutissant, le dernier terme d'une série d'altérations qui ont procédé par poussées successives pour produire finalement une désorganisation irrémédiable.

Les processus congestifs semblent jouer le rôle principal dans cet enchaînement précurseur de la constitution des cirrhoses; mais, individuellement, ils sont mal limités; entre eux, il n'y a que des nuances et des degrés insensibles, circonstance qui rend difficile l'appréciation de leur rôle pathogénique respectif. Faut-il admettre que ces processus congestifs, créés par la seule intoxication d'ordre chimique ou alimentaire, peuvent aller jusqu'à produire une sclérose véritable, comparable à celle de Laënnec? M. Boix laisse entendre clairement qu'il penche pour l'affirmative et il cite même des faits pour lesquels il n'entrevoit guère d'autre explication. Pour lui, comme pour M. Hanot, un des juges les plus compétents sur ce chapitre, il existe véritablement une cirrhose hépatique non alcoolique par intoxication gastro-intestinale.

A cette manière de voir, on pourrait opposer un certain nombre d'objections. M. Boix en a reproduit quelques-unes, mais pour les faire tourner finalement à l'appui de sa thèse. La discussion assez serrée qu'il a entreprise sur ce point pourrait à la rigueur entraîner la conviction. Mais il a été moins heureux peut-être dans sa tentative de syn-

thèse, dans l'effort qu'il a fait pour rattacher à une cause générale et commune toute la série des désordres qui constituent l'enchaînement précité. Il a cru devoir invoquer à son tour l'influence de la diatbèse, comme s'il y avait encore quelque chose à tirer de cette vieille conception doctrinale dont le moindre défaut est d'exclure toute possibilité de sanction thérapeutique. Dans le cas particulier, c'est l'arthritisme qu'on place en tête de la filiation gastro-hépatique, arthritisme modernisé, il est vrai, et conforme aux plus récentes acquisitions de la science médicale. Il n'était pas besoin, à notre avis, de faire intervenir une explication qui repose sur une pure hypothèse : l'exposé des faits devait suffire et l'évocation d'une influence diathésique n'ajoute rien à la logique qui en découle. Mais l'arthritisme est à la mode et il est tel milieu scientifique, telle école, où l'on en parle couramment comme d'une réalité. On ne voit guère, pourtant, à quoi les vagues notions qu'il fournit peuvent aider à la solution des problèmes nosologiques. La clinique seule, aidée de l'expérimentation, doit pouvoir se passer de son concours.

Nous venons de parler d'expérimentation. C'est qu'il y avait place pour elle parmi les documents propres à résoudre la question du rôle des intoxications gastro-intestinales dans la production des cirrhoses. M. Boix s'en est souvenu et a pu observer, grâce à elle, une série de faits intéressants. Par exemple, la production chez des animaux, après ingestion prolongée d'acide butyrique, de lésions hépatiques à peu près identiques à celles de la cirrhose de Laënnec. Mêmes résultats, bien que moins complets, avec d'autres acides (acétique, lactique, valérianique). Ces expériences éclairent beaucoup la question, car elles prouvent que le foie est touché par nombre de substances toxiques et que de plus son mode de réaction ne varie guère pour chacune d'elles. C'est la cellule hépatique qui est touchée dans tous ces cas, c'est elle qui forme en dernier terme le pivot des altérations provoquées de loin par l'agent toxique ou infectieux.

Il y a donc un foie dyspeptique, et ce foie peut aboutir à une véritable cirrhose. Telle est la conclusion majeure que M. Boix inscrit à la fin de son mémoire, et pour la justification de laquelle il a fait valoir tous les arguments de quelque importance. Et maintenant, il est intéressant de constater que notre jeune confrère s'est rencontré avec d'autres pour affirmer ce qui lui paraît sans doute maintenant causer une incontestable vérité. En effet, on retrouve des idées analogues et des conclusions à peu près semblables dans un autre travail, dont l'auteur s'est inspiré d'un sujet très voisin : l'étude des relations pathologiques du foie et de l'estomac. C'est presque le même débat, sous un autre titre, car il est évident que la question du foie dyspeptique y est comprise solidairement avec celle des troubles gastro-intestinaux qui figurent en tête comme point de départ de l'enchaînement pathologique visé. M. Dugueret évoque à son tour le rôle de la congestion du foie chez les dyspeptiques. La fréquence et l'importance de cette congestion s'expliquent par les connexions de toute espèce qui relient la glande hépatique à l'estomac, qui établissent entre les deux organes une solidarité indissoluble, à la fois pathologique et fonctionnelle. Cette notion primordiale, fondamentale, trouve son application immédiate dans l'étiologie et dans la pathogénie des cirrhoses. La prédominance du rôle des troubles dyspeptiques, dans la production de celle-ci, a pour contre-partie nécessaire la limitation de celui qui a été si longtemps attribué à l'alcool envisagé comme agent de ces redoutables altérations du foie. M. Dugueret a insisté plus spécialement sur cette dernière face du problème, et cherche à montrer lui aussi que le mode d'intervention de l'alcool a été mal interprété, sinon méconnu ; que ce poison exerce une action stéatosante bien plus que sclérogène, ainsi qu'il résulte de nombreuse constatations anatomo-pathologiques. D'ailleurs, nous savons qu'il y a bien d'autres poisons d'importance égale, sinon supérieure. Il y a tous ceux du tube digestif et ceux-là sont légion, presque innombrables. Ce sont toutes les toxines d'origine alimentaire, toutes les variétés de ptomaïnes, etc. Seulement nous ne sommes pas encore en mesure d'apprécier l'importance respective de chacune d'elles. Ce que l'on sait maintenant, c'est que le tissu de sclérose n'a pas dans le foie le sens qu'on lui a attribué jusqu'à présent, qu'il n'est que secondaire et réactionnel, à la manière d'un tissu de cicatrice. La lésion primitive réside au niveau de la cellule hépatique, et c'est d'elle que dérivent l'hyperplasie et la rétraction du tissu conjonctif interposé aux lobules. La veine porte n'a pas non plus l'importance qu'on lui accorde encore généralement, sur la foi d'une tradition acceptée sans contrôle suffisant. On voit que les conclusions de M. Dugueret se rapprochent étroitement de celles de M. Boix, notamment en ce qui concerne l'alcool, au sujet duquel l'accord des deux auteurs est à peu près complet.

Cette dernière remarque implique peut-être l'opportunité d'un remaniement de la question, la nécessité de refondre le chapitre de pathologie qui s'y rapporte. La thérapeutique doit y trouver aussi son compte, tout au moins la prophylaxie. Car. désormais, l'état dyspeptique doit nous préoccuper de façon toute particulière, nous devons reporter sur lui la sollicitude que nos prédécesseurs témoignaient exclusivement à l'alcool, comme au seul auteur responsable de certaines inflammations chroniques du foie. Du reste, ce sujet prêterait encore à bien d'autres considérations. Il nous suffira d'avoir montré par l'analyse de divers travaux remarquables les tendances qui animent la génération médicale actuelle et qui, entre ses mains laborieuses, sont en voie de transformer la pathologie.

P. M.

REVUE CHIRURGICALE

Signes physiques de la prostatite chronique chez les jeunes sujets.

Par les Drs Reliquet et A. Guépin (1).

Caractères de l'écoulement. — ..... Dans le cas de prostatite, l'écoulement ne se produit pas d'une façon continue : il arrive par petites masses au dehors du méat et fait sur le linge une tache qui le gomme, qui l'imprègne. Lorsqu'il s'agit d'une hypersécrétion simple, cette tache est presque incolore, un peu nacrée, avec nuance grise plus ou moins marquée ; il n'y a pas de coloration jaune. S'agit-il au contraire d'une inflammation chronique des éléments glandulaires, la masse plus ou moins grosse de l'écoulement fait bien sur le linge la tache gommée, mais il y a la coloration jaune, plus ou moins verte et plus ou moins étendue. Toute la tache est jaune, verdâtre ou verte, ou bien cette coloration jaune, plus ou moins verte, existe au centre et va en diminuant d'intensité jusqu'au liseré externe qui rappelle la coloration de la tache de l'hypersécrétion simple. Cette étendue variable du centre jaune-vert de la tache est un signe du degré de l'intensité de l'inflammation glandulaire.

Dans le cas d'inflammation chronique prédominante de la surface même de la paroi urétrale, l'écoulement est à peu près constant ; il n'y a pas expulsion de muco-pus par mas-

(1) Extrait d'un travail sur *Les glandes de l'Urètre* (sous presse).

ses; le linge n'est pas gommé au niveau des taches. Le liquide de l'écoulement déposé sur une face du linge n'en imprègne pas le tissu. Il forme comme une espèce de petite croutelle à la surface du linge où le pus est nettement séché. La coloration jaune, verte, quelquefois avec stries de sang, est uniforme. Il n'y a plus de liseré périphérique rappelant les hypersécrétions simples de la prostate.

Il est tout clair que cette inflammation de la surface urétrale existe souvent en même temps que la prostatite glandulaire ; alors, il y a les deux espèces de taches sur le linge, isolées ou confondues.

Dans les lésions glandulaires de la prostate, l'examen microscopique, même au milieu de la sécrétion purulente, fait reconnaître les grains brillants, gros comme des têtes de spermatozoïdes que l'acide acétique fait disparaître sous le champ du microscope et des sympexions prostatiques. Ceux-ci peuvent manquer, les grains brillants existent toujours. En examinant les liquides prostatiques expulsés par la pression du doigt, ce que nous avons fait pendant des années, il ne nous est pas arrivé de ne pas trouver ces grains brillants.

Toucher de la prostate. — L'examen de la prostate par le toucher rectal donne les signes pathognomoniques de la prostatite chronique dont nous nous occupons. Ce toucher rectal doit être fait le rectum étant bien vidé par un lavement. La position la meilleure à donner au malade dans ce cas particulier est la suivante : debout, le corps incliné en avant à angle droit, les mains appuyées sur une chaise. Le doigt introduit dans le rectum porte la prostate vers le pubis, ce qui donne un point d'appui et permet de se rendre un compte exact de la nature des tissus de la glande. Les indurations sont ainsi facilement perçues et délimitées avec le doigt ; leur consistance à leur centre ou à la périphérie est ainsi bien reconnue. De même l'exploration des cornes prostatiques et du bord postérieur de la prostate est plus facile dans cette position.

L'exploration est quelquefois gênée par la dilatation excessive de la vessie ; c'est pourquoi il faut faire uriner le malade un quart d'heure avant l'examen.

L'exploration digitale de la prostate doit être faite seulement avec l'extrémité du doigt; la pulpe de la phalangette seule doit s'appuyer sur les différents points de la prostate pour en reconnaître les conditions matérielles. Ainsi seulement il sera possible de reconnaître le point qui est réellement douloureux; ainsi seulement il sera possible de dire où sont les cavités glandulaires qui se vident par la pression du doigt en raison de la dépression de tissu perceptible par cette pulpe du doigt et ainsi bien localisée.

Nous venons de donner la technique générale du toucher rectal. « Personnellement, voici comment je l'exécute (1) : » je commence par porter la pulpe du doigt sur le bord » postérieur de la prostate à la partie moyenne, puis j'ex- » plore le bord postérieur en allant vers la corne droite et » je ramène le doigt en avant pour me rendre un compte » exact de l'état du lobe droit. Le doigt reporté sur la par- » tie moyenne du bord postérieur, j'explore de la même » façon le bord postérieur gauche, la corne gauche et le » lobe gauche. Bien entendu, cette exploration permet de » reconnaître l'état général de la prostate, sa consistance » générale, son volume, ses rapports avec les parties voi- » sines, les iscbions latéralement, les vésicules séminales » en arrière, etc. Enfin, le doigt est porté de la partie » moyenne du bord postérieur en avant, pour reconnaître » s'il n'y a rien dans cette partie de l'organe que traversent » les canaux éjaculateurs. »

(1) Reliquet.

Que trouve-t-on dans cette exploration, dans le cas de prostatite chronique dont nous nous occupons ?

Au premier examen, presque toujours, la prostate est ballonnée, de son bec à son bord postérieur, il n'y a pas ce sillon médian large qui existe chez les jeunes sujets. Latéralement, les lobes, comme la partie centrale, n'ont pas la consistance ferme et uniforme du tissu prostatique normal. Souvent, au milieu de ce gonflement général, on reconnaît des points indurés, localisés soit au niveau des cornes ou du bord postérieur, soit dans un des lobes ; induration toujours plus sensible à la pression du doigt ; ou bien on trouve des points prostatiques qui se dépriment sous le doigt.

Dans cette exploration, pendant le toucher, il arrive souvent que du liquide muco-purulent ou d'hypersécrétion simple de la prostate s'écoule par l'urètre, le malade étant encore penché en avant. Dans ce cas, il y a une véritable dilatation des éléments glandulaires de la prostate. Le plus souvent, lorsque le malalade se relève, le doigt étant retiré, il y a une contraction de l'urètre qui expulse, à l'extérieur, de la sécrétion prostatique plus ou moins épaisse, plus ou moins jaune, quelquefois même présentant des stries sanguines. A l'examen microscopique, on y trouve les caractères sus-indiqués, les grains brillants, les sympexions, quelquefois, mais rarement, des cristaux en fuseaux, du mucus et des leucocytes ; parfois, également, des spermatozoïdes. La compression des canaux éjaculateurs et peut-être un peu des vésicules séminales a pu en déterminer l'expulsion.

Dans les examens ultérieurs de la prostate, lorsque le malade a été soumis aux lavements quotidiens et aux suppositoires, également quotidiens, d'iodoforme et de jusquiame, on ne trouve presque jamais le gonflement général de la prostate et on reconnaît alors beaucoup plus facilement les indurations de tissu et les points ramollis.

Ici le gonflement de la prostate, les liquides évacués par l'urètre sous l'influence de la pression du doigt exercée sur la prostate en un point quelconque, surtout lorsque ce liquide évacué contient du pus, constituent le signe pathognomonique de la prostatite glandulaire chronique. Puis viennent les indurations avec leurs caractères et leur évolution, qui vont faire diagnostiquer les prostatites chroniques simples des prostatites avec altérations organiques (tuberculose).

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage.

M. Kruger (*Privatklinik du Dr Hoffa, de Munich*) a tenté, sans réussite il est vrai, une opération fort curieuse.

Un homme de 52 ans avait un rétrécissement carcinomateux de l'œsophage. Ce dernier siégeait à trente centimètres de l'orifice buccal et ne laissait même pas passer les sondes les plus étroites.

Dans ces conditions, M. Krüger fit la gastrotomie en deux temps, non seulement pour nourrir le malade, mais pour aborder plus facilement le rétrécissement. Il arriva, en effet, par cette voie à faire le cathétérisme de l'œsophage, et petit à petit à franchir le rétrécissement. Après huit jours, la sonde put être introduite par la voie bucco-pharyngienne et descendre jusqu'à la cavité stomacale.

Malheureusement, la fistule stomacale, malgré toutes les précautions qu'on avait prises au début, s'élargissait de plus en plus. On espéra toutefois s'en rendre maître en

la suturant, lorsqu'elle fut devenue inutile. Mais aucun des points de suture ne put tenir et le malade mourut par épuisement au bout d'une quinzaine de jours.

Malgré le résultat obtenu par Krüger, il faut voir là une indication qui pourra peut-être quelque jour rendre certains services ; et si le malade a succombé, il n'en est pas moins vrai que le rétrécissement a cédé en partie au cathétérisme par la voie cardiaque.

Glycosurie.

M. G. Bloch (*Zeitsschrift für klin. Medicin.*) s'est livré à différentes recherches sur la quantité de sucre que peuvent assimiler certains malades. On sait que chaque organisme animal assimile une somme de sucre, allant jusqu'à une limite déterminée, limite qui ne peut pas être dépassée et qui est absolument indépendante de la quantité de sucre introduite dans cet organisme.

Des expériences récentes faites en Allemagne viennent encore de mettre ce fait en lumière. Ce qui dépasse cette « limite d'assimilation » est éliminé : il y a glycosurie.

Où commence la glycosurie dans certains cas pathologique? C'est précisément la question que M. Bloch a résolue. Il a employé du sucre de raisin, qu'il donnait à ses malades, après avoir soigneusement examiné leurs urines avec les réactifs les plus sensibles, et avoir nettement établi qu'elles ne contenaient aucune trace de sucre appréciable à l'analyse chimique.

Les résultats furent tout différents, suivant les malades sur lesquels on opérait. Chez les nerveux, et surtout les individus atteints d'affection cérébrale, le raisin produisait un degré assez élevé de glycosurie, et cela assez rapidement ; chez d'autres, au contraire, la formation de glycosurie était à peine marquée. C'est ce que l'on voyait surtout chez les personnes souffrant d'affections intestinales, d'affections des organes respiratoires et chez les individus fatigués, faibles et cachectiques.

Quant aux malades atteints d'une affection hépatique, chez qui la question devient surtout intéressante à cause des fonctions glycogéniques du foie, on n'a constaté chez eux avec le sucre de raisin, à part certains cas spéciaux, qu'un faible degré de glycosurie.

Du traitement opératoire de l'arthrite déformante et du rhumatisme articulaire chronique.

Très peu d'observations d'arthrite déformante, traitée par la résection, avaient été publiées avant les sept cas que vient de rapporter M. Muller. Malgré le petit nombre des observations, il vaut la peine qu'on expose cette thérapeutique nouvelle et qu'on l'apprécie.

M. Muller a réséqué deux fois la hanche, deux fois le genou et trois fois le poignet atteints par l'arthrite déformante. Les résultats obtenus n'ont pas été les mêmes dans tous les cas. Pour ce qui concerne la hanche, on peut dire que, si l'individu est d'âge moyen et l'affection mono-articulaire, l'opération a des chances d'être suivie de succès. Mais les observations ne sont pas assez nombreuses pour que l'on puisse être affirmatif à ce sujet. Les résultats ont été moins satisfaisants dans les cas de coxite sénile. Enfin, cette résection présente de grandes difficultés techniques. Il faut, en effet, autant que possible, conserver le grand trochanter et une portion du col.

Pour ce qui concerne le genou, la technique opératoire est moins compliquée. On s'est, pour ainsi dire, toujours proposé d'obtenir une réunion osseuse du fémur avec le tibia.

Mais M. Muller n'a pas pratiqué chez ses deux malades une résection typique du genou, afin d'obtenir une articulation mobile. Le résultat visé a été parfait dans un cas ; dans l'autre, la mobilité du genou opéré n'était pas complète ; il est donc nécessaire d'attendre de nouvelles observations pour que l'on puisse établir s'il convient de chercher à obtenir une ankylose ou une articulation mobile.

Par contre, les résultats obtenus par M. Muller, dans la résection du poignet atteint d'arthrite déformante, ont été aussi satisfaisants que possible. Les trois opérés ne souffrent plus de leur poignet ; leurs mouvements ont été conservés à peu près normaux et ils ont pu reprendre leur travail. Mais il faut dans cette opération, dit M. Muller, faire une résection typique et enlever au moins tous les os qui constituent la première rangée du carpe. Il importe, en effet, d'éviter pour cette articulation le frottement réciproque des surfaces osseuses ou des surfaces cartilagineuses.

En définitive, dit M. Muller, les observations sont trop peu nombreuses pour que l'on affirme l'efficacité absolue de ce nouveau traitement. Mais il y a lieu, néanmoins, de l'employer dans les cas d'arthrite déformante douloureuse, mono-articulaire et s'accompagnant de troubles fonctionnels graves.

La chirurgie qui était restée jusqu'ici dans une extrême réserve, au sujet du traitement de l'arthrite déformante, n'avait pas été plus affirmative au sujet du rhumatisme articulaire chronique. On doit donc savoir gré à M. Muller de l'avoir fait parler et d'avoir montré quelle pouvait être l'utilité d'une intervention chirurgicale au cours de l'affection qu'on désigne communément sous le nom de rhumatisme articulaire chronique.

Cette thérapeutique permettra d'abord d'élucider la question si controversée de la nature de cette maladie en en facilitant l'étude anatomo-pathologique. En second lieu, elle a donné des résultats heureux à M. Muller. Ses quatre opérés ont vu leurs souffrances diminuées et même abolies. Il n'y a pas eu de récidives, et l'on peut dire que l'opération a été le moyen de traitement le plus efficace et le plus promptement utile de ceux qui ont été employés jusqu'ici. L'opération a consisté tout simplement en une extirpation totale de la synoviale ; dans un cas, seulement, M. Muller a fait la résection typique. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVII, 3-4.)

Traitement opératoire du cancer de l'estomac à l'étranger.

Différents chirurgiens étrangers ont fait connaître, ces derniers temps, les résultats obtenus par eux dans le traitement du cancer de l'estomac. Il nous a paru intéressant de les présenter dans un tableau d'ensemble.

En Suisse, Kappeler constate que la résection de l'estomac par la méthode de Billroth ne donne encore que peu de succès, parce qu'on y a recours trop tard. Il a néanmoins la satisfaction d'avoir, grâce à ce procédé, pu prolonger la vie de 8 malades, sur les 13 qui figurent dans sa statistique. Les récidives se sont, il est vrai, produites très rapidement dans certains cas (3 à 7 mois), mais, en revanche, d'autres opérés ont survécu beaucoup plus longtemps (23 mois et plus). Les 5 derniers cancéreux ont succombé par suite de faute opératoire, de manque d'antisepsie ou au schok. Si le patient n'en était encore qu'au début de son mal, s'il n'était pas déjà plus ou moins cachectique au moment de l'intervention chirurgicale, nul doute que la mortalité n'atteindrait pas 35 pour 100. Cette mortalité, qui est celle de Kappeler, est cependant l'une des plus faibles où l'on soit parvenu.

Voici quel est le procédé de Billroth que Kappeler a mis en pratique : lavage préalable de l'estomac avec une solution salicylée au millième, évacuation de l'intestin aussi

complète que possible par lavements répétés; puis, ouverture de la cavité abdominale sur la ligne médiane, isolement de la tumeur qu'on sépare des épiploons; une ligature ferme le duodénum, de fortes pinces ferment la cavité stomacale. C'est alors que l'on extirpe la tumeur. Une double suture, muqueuse et musculo-séreuse, termine l'opération.

Dans sa communication à la Société de médecine de Berlin, Kraske fait surtout ressortir le soulagement que l'opération apporte au patient. Celui-ci, pendant un certain laps de temps, ne souffre plus, engraisse, semble revivre. De plus, le chirurgien allemand montre combien meilleurs deviennent les résultats d'un opérateur, à mesure que celui-ci est plus sûr de sa technique opératoire, et qu'il sait mieux saisir les indications de telle ou telle intervention. Pour lui, la gastroentérostomie ne doit être employée que dans les cas où le mal est déjà à une période avancée. Il abouche alors la première anse du jéjunum avec la paroi stomacale antérieure. Mais c'est un procédé de beaucoup inférieur à la pylorectomie, qui est l'opération de choix. On ne peut avoir recours à cette dernière que dans les cas de cancers limités, sans adhérences ni métastases, et encore la technique opératoire diffère-t-elle suivant le volume de la tumeur. Est-elle grande, Kraske, après la résection du pylore, ferme l'estomac d'une part, le duodénum de l'autre et fait ensuite la gastroentérostomie. Estelle au contraire petite, après section du duodénum, il fait à l'estomac une ouverture de 2 centimètres à peu près, y suture le duodénum, puis refait une nouvelle incision pour y faire une nouvelle suture du duodénum. Quand l'abouchement du duodénum à l'estomac est terminé, il coupe ce qui lui reste à sectionner de l'estomac et suture les deux parois l'une contre l'autre.

Quelle que soit la méthode qu'il emploie, Kraske fait aussitôt prendre à ses malades du lait et du bouillon, auxquels le lendemain il ajoute un œuf. Ses malades peuvent ainsi prendre une nourriture solide huit jours après l'opération.

En même temps que Kraske s'occupait de la pylorectomie, William Lévy communiquait dans le *Centralblatt für Chirurgie* les recherches qu'il avait faites sur l'ablation des tumeurs cancéreuses du cardia. Il s'est livré à ses expériences sur le cadavre et les animaux, mais n'a pas encore eu l'occasion de les confirmer sur le vivant.

En tous cas, il donne avec détails le procédé qu'il convient d'employer et dont nous allons tracer les grandes lignes.

Une incision verticale de l'appendice xyphoïde à la cicatrice ombilicale et une autre incision horizontale, perpendiculaire à la première, partant de l'ombilic et se dirigeant à droite, permettent de repousser le foie à droite, d'attirer à soi l'estomac et de lier l'artère coronaire stomachique et les veines correspondantes. On peut alors aisément lier l'œsophage à sa partie inférieure pour amener en bas le cardia. On prendra garde d'ouvrir la cavité pleurale à ce temps de l'opération. L'œsophage ainsi isolé, on suture sa moitié postérieure à l'estomac par des sutures passées au-dessus du point où l'on fera la résection. On sectionne alors le cardia en suturant les bords au fur et à mesure: puis on fait la section de l'œsophage en commençant par l'endroit déjà suturé et en suturant l'œsophage à l'estomac, de façon que ces deux organes soient solidement unis l'un à l'autre.

C'est là une opération assez délicate, qui demande une grande attention et une grande habileté pour être menée à bien.

Strom (de Christiania), traitant à la Société médicale de cette ville la question du traitement du cancer de l'estomac, soutient la même thèse que Kappeler. Pour lui aussi, la possibilité de guérison de cette maladie est sous la dépendance de l'intervention précoce. Il faut faire le diagnostic tôt, si on le peut, pour qu'on puisse opérer tôt également.

D'autre part, Strom est aussi d'accord avec Kraske, lorsqu'il montre que la gastroentérostomie ne peut être comparée à la résection. On ne s'adresse à la première de ces opérations que faute de mieux; c'est à elle que l'on aura recours si des adhérences, des métastases, une tumeur trop volumineuse interdisent la résection. Mais, après l'intervention, la santé du malade ne sera pas aussi bonne, les douleurs continueront et, le plus généralement, la récidive ne se fera pas longtemps attendre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 octobre.

Sérum antidiphtérique.

L'Académie, consultée par M. le ministre de l'intérieur sur l'emploi du sérum antidiphtérique, avait nommé une commission chargée d'étudier cette question. M. Strauss, rapporteur de la commission, donne lecture de son rapport.

Après avoir résumé les recherches expérimentales et cliniques communiquées par M. Roux au Congrès de Budapest, M. Strauss montre qu'avec le sérum antidiphtérique, la mortalité est de 26 0/0, au lieu de 50 0/0, d'après la statistique formée par les 300 enfants traités à l'hôpital des Enfants-Malades. Mais le sérum antidiphtérique n'exerce-t-il qu'une action curative? Il est bien probable que, chez l'homme comme chez les animaux, il a de plus une action préventive; et il y a tout bénéfice à inoculer ce sérum aux enfants suspects de diphtérie et chez lesquels on redoute l'apparition de cette maladie. Il semble bien que nous possédions contre la diphtérie un traitement spécifique, grâce à la sérothérapie.

Rappelant ensuite les expériences faites en Allemagne sur la même question, M. Strauss conclut que la mortalité y a atteint un chiffre également très faible: 28,26 et même 23 0/0.

A l'hôpital Trousseau, où le traitement préconisé par M. Roux est actuellement en vigueur, MM. Bergeron et Cadet de Gassicourt ont constaté des résultats qui leur ont paru remarquables. Ce qui a surtout attiré leur attention, c'est l'amélioration de l'état général, la chute rapide de la température, l'absence de tristesse, de pâleur et d'abattement des enfants.

La sérothérapie est due à M. Behring, mais à côté de cette découverte doivent prendre place celles qui émanent de M. Pasteur et de son école. L'étude de la sérothérapie doit être continuée dans le laboratoire de M. Pasteur, déjà illustré par tant de travaux bactériologiques et toxicologiques.

M. Strauss conclut en proposant à l'Académie d'émettre un avis favorable sur l'emploi du sérum antidiphtérique; il lui propose de plus de formuler le vœu que l'Institut Pasteur soit mis en mesure de fournir le sérum que les médecins ou les pouvoirs publics pourront lui demander. (Adopté.)

Fièvres du plateau central de Madagascar.

M. Le Roy de Méricourt lit un rapport sur un travail de M. le Dr Villette. Celui-ci y montrait que la fièvre se rencontre sur le plateau central de Madagascar et dans ses environs comme dans tous les pays mal cultivés où se trouvent des marécages, mais que néanmoins l'Européen peut s'y acclimater.

Ces conclusions sont admises par le rapporteur, qui ajoute que les fièvres observées sur le plateau ont été en grande partie contractées pendant le trajet du littoral au plateau ou pendant un séjour dans la zône dangereuse.

M. Colin insiste à nouveau sur les dangers que présente la

zône côtière. Il en conclut qu'en cas d'expédition, il faudrait la traverser rapidement, en même temps qu'il faudrait choisir la saison opportune.

M. Laveran dit que les fièvres paludéennes de Madagascar reconnaissent les mêmes causes que les fièvres paludéennes des autres pays. Il a trouvé, en effet, dans le sang des malades qui en étaient atteints, le même parasite que chez les malades revenant d'Algérie.

Abcès du foie consécutif à un anthrax.

M. Ricard cite le cas d'une jeune fille de 21 ans, atteinte d'un anthrax à la région temporale. Pendant que celui-ci était en train de guérir, la malade fait un abcès du foie. Ce dernier ne contenait que des staphylocoques dorés.

La conclusion que M. Ricard tire de cette observation, c'est que la plus minime lésion infectieuse locale peut être le point de départ de graves complications, suivant la virulence du germe infectieux d'une part, suivant la résistance du sujet d'autre part.

Traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés.

M. Kalt recommande dans les cas d'ophtalmie des nouveau-nés de grandes irrigations, avec une solution de permanganate de potasse au 1/5000e.

Voici la technique du procédé : un entonnoir de petite dimension est introduit entre les paupières; il est relié d'autre part, à un flacon laveur, placé à 30 centimètres au-dessus de l'œil. Ce flacon laveur contient 2 litres d'eau tiède à 35°, additionnée de la solution suivante :

Permanganate de potasse.......	20 grammes.
Eau distillée..	250 —

Le tout servira pour une seule irrigation. On renouvellera celle-ci, matin et soir. Si l'on se trouve en présence d'ophtalmies graves, s'accompagnant d'ulcérations de la cornée, on ira jusqu'à quatre irrigations par jour, pour diminuer graduellement après trois ou quatre jours.

Ces lavages seront continués jusqu'à ce qu'il n'y ait plus trace de sécrétion.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 octobre.

Thyroïdisme. — Ses rapports avec la maladie de Basedow et l'hystérie.

M. Béclère présente une femme de 31 ans qui a guéri du myxœdème par l'ingestion de glandes thyroïdes du mouton. Elle avait pris, par suite d'une erreur, au début de son traitement, 92 grammes de glande thyroïde en 11 jours. Cette dose de beaucoup trop élevée donna lieu à des phénomènes d'intoxication thyroïdienne. Ces phénomènes ont été signalés par les auteurs anglais : tachycardie, instabilité du pouls, élévation de température, insomnie, agitation, polyurie, glycosurie, albuminurie, paraplégie incomplète avec sensation de chaleur et production de sueurs. M. Béclère a constaté de plus l'augmentation des respirations, un tremblement passager des bras, de l'exophtalmie et l'éclat du regard.

N'y a-t-il pas une ressemblance frappante entre ces symptômes et ceux de la maladie de Basedow? Et dans le goître exophtalmique, leur apparition n'est-elle pas peut-être liée à une hypersécrétion de la glande thyroïde?

Bien plus. M. Béclère a vu qu'au cours de son traitement, la malade a eu des accidents de nature nettement hystérique alors qu'elle n'avait aucun antécédent névropathique : aphasie passagère, monoplégie et anesthésie du bras droit. Ne peut-on pas en conclure que le suc thyroïdien excrété en excès est un des agents provocateurs de l'hystérie? De plus, quand le thyroïdisme apparaît chez une hytérique, il réveille l'hystérie chez elle, comme font d'autres intoxications.

M. Béclère termine en disant qu'à son avis le syndrôme de la maladie de Basedow est l'expression de l'hypersécrétion de la glande thyroïde, et qu'il agit comme les intoxications évocatrices de l'hystérie.

Manifestation locales de la fièvre typhoïde.

M. Fernet, à l'occasion d'une jeune fille de 16 ans qui, après une fièvre typhoïde, présente des signes de péritonite, péricardite et méningite, dit que les accidents locaux de la dothiénentérie se divisent en deux grandes classes : ceux dus au bacille d'Eberth et ceux dus aux infections secondaires surajoutées.

Ceux-ci sont de vraies complications; les premiers des manifestations de la fièvre typhoïde. Comment se produisent ces derniers? Sur certains points de l'économie, il y a des lésions antérieures qui sont un lieu de moindre résistance et un centre d'appel pour l'infection typhique; ou bien, les bacilles d'Eberth s'arrêtent dans certains organes plus nombreux et virulents. Les toxines de l'infection typhique agissent sans doute de même.

Devant des accidents locaux survenant au cours d'une fièvre typhoïde, peut-on reconnaître leur nature? Les caractères cliniques ne permettent que de la soupçonner, mais la bactériologie permet de résoudre la question. Ces manifestations locales sont souvent latentes, et il faut un examen très attentif dans certains cas pour les découvrir, d'autant plus nécessaire qu'elles sont très fréquentes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 octobre. — Présidence de M. Lucas-Championnière

Cure radicale du cancer du colon.

M. Demons (de Bordeaux). — Il existe encore dans les annales de la chirurgie peu d'exemples de cure radicale du cancer colique. Cela tient à ce que pendant une longue période de l'affection le diagnostic est ordinairement difficile, à ce qu'il est dans une certaine mesure possible de pallier à la plupart des accidents qu'il détermine par le traitement médical et par l'établissement d'un anus contre nature, enfin à ce que les chirurgiens ont toujours quelque répugnance à s'attaquer aux cancers viscéraux. Je crois qu'il faut faire rentrer le cancer du colon dans la loi commune et le soumettre, comme tous les autres, chaque fois qu'il est encore assez jeune pour cela, à la cure radicale, c'est-à-dire à l'extirpation large. Au reste, il se présente tout à fait dans les conditions d'une maladie très justiciable d'une action chirurgicale décisive : il frappe des personnes ordinairement jeunes, reste longtemps une affection toute locale, et enfin condamne les malades à de telles douleurs et à une si pénible mort qu'on se sent fatalement emporté par l'intense désir de les guérir.

Il va sans dire que le cancer du colon ne doit être extirpé que dans des conditions déterminées; il faut qu'il soit limité, mobilisable, qu'il n'ait entraîné ni infection, ni état cachectique; qu'il siège sur un sujet jeune et vigoureux et enfin que le chirurgien ait fait un diagnostic précoce. Ce diagnostic précoce ne peut se faire souvent qu'avec la laparotomie exploratrice, opération toujours bénigne.

Certainement, on pourrait mettre en parallèle, en matière de cancer du colon, l'opération curative (extirpation) et une des opérations palliatives (colostomie, colo-entérostomie) et, comme pour l'estomac, donner à priori la préférence aux secondes; je ne crois pas que ce soit là la vraie solution du problème. La différence de gravité qui existe entre la pylorectomie et la gastro-entéro-anastomose ne se retrouve pas quand on compare entre elles la colostomie et la colo-entéro-anastomose. Ici, comme pour le rectum, et plus encore que pour le rectum, c'est à l'opération idéale, c'est-à-dire à l'extirpation qu'il faut avoir recours. Je reconnais que jusqu'à présent les résultats ont été fâcheux; la plupart des malades

sont morts de choc, de péritonite, de rupture intestinale, de phlegmons stercoraux; mais l'opération pourra être perfectionnée; peut-être le drainage, la colostomie préalable pourront-ils diminuer la mortalité. J'ai opéré deux malades; l'une d'elles, chez qui on avait diagnostiqué un rein flottant, avait un cancer occupant dix centimètres de l'extrémité inférieure du colon ascendant; je pratiquai chez elle la résection de l'extrémité inférieure du colon, du cœcum et de l'appendice vermiculaire par l'incision lombaire de la néphropexie prolongée en avant; je fis, après extirpation de la tumeur, une entérorrhaphie circulaire par deux plans de suture et drainai le péritoine. La malade est aujourd'hui guérie; elle n'a pas trace de récidive (il est vrai de dire que l'opération a été pratiquée au mois de juin dernier); il reste seulement un petit trajet fistuleux par où s'écoule du pus mélangé à quelques matières fécales. L'état général est bon. Localement, il y a encore une petite zône d'empâtement. Quelques-uns penseront que, dans ce cas particulier, la colo-entéro-anastomose par le bouton de Murphy eût constitué une bonne opération; de récents travaux de Villar (de Lyon) montrent bien tous les bénéfices qu'on peut retirer de cette précieuse intervention; mais j'ai eu avec elles deux déboires: deux malades à qui j'avais pratiqué la gastro-entéro-anastomose sont mortes à la suite d'un sphacèle des parois de l'estomac et d'une péritonite purulente consécutive. Peut-être avais-je employé un bistouri trop gros ou avais-je trop serré les fils; mais enfin ce sont deux désastres et qui font que je regarde avec quelque méfiance aujourd'hui cette opération du reste facile, rapide, et qui, je le reconnais, a donné quelques très beaux résultats.

Le second malade que j'ai soigné pour un cancer du colon a été opéré dans d'autres conditions que la première; il s'agissait d'un epithélioma de l'extrémité inférieure du colon descendant; après résection de la tumeur, j'ai fixé les deux bouts de l'intestin à la paroi abdominable établissant ainsi un anus contre nature dont le fonctionnement fut parfait. Six mois plus tard, je fermai l'ouverture après section de l'éperon au bistouri par la méthode de Chaput. Il y a 18 mois que la cure radicale a été opérée; le patient est aujourd'hui en très bon état.

Deux méthodes restent donc en présence: l'extirpation pure et simple, l'extirpation avec colostomie. Les cas que je viens de rapporter semblent favorables à cette dernière méthode; elle paraît plus simple, plus facile; il semble qu'elle place le malade plus à l'abri du choc opératoire et enfin qu'elle permette une meilleure surveillance de la récidive. Je reste néanmoins partisan du procédé en un temps que j'appelle le procédé idéal; qu'on fasse la colostomie préalable ou la colostomie pendant l'opération, et si facile que soit ensuite la fermeture de cet anus, il reste au malade pendant plusieurs mois une infirmité dégoûtante; et c'est la raison qui me fait croire que l'avenir est à la cure radicale en un temps dont les succès iront en s'améliorant à mesure que nous opèrerons mieux.

Cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques.

M. Tuffier. — Notre collègue M. Lejars nous a adressé plusieurs observations très intéressantes de cystostomie sus-pubienne dirigée contre les accidents de l'hypertrophie de la prostate. C'est là une opération déjà vieille, remise en honneur ces temps derniers par M. Poncet (de Lyon). La question des indications opératoires de cette intervention, très heureuse dans certains cas, n'est pas aujourd'hui complètement tranchée. Elle l'est d'autant moins qu'on peut faire deux sortes de cystostomie: la cystostomie à ouverture permanente et la cystostomie à ouverture temporaire. Il n'était autrefois question que de la première; la seconde s'impose aujourd'hui à la discussion chirurgicale. Et le problème se complique d'autant. Les cas de M. Lejars, comme, du reste, les différents cas publiés jusqu'à ce jour, sont loin d'être comparables entre eux. Il faut, de toute nécessité, établir une classification; c'est la seule manière de poser des indications. Il y a d'abord les cystostomies d'urgence qu'on pratique sur des prostatiques atteints de rétention complète; de ces prostatiques atteints de rétention complète, les uns ont une urine aseptique, les autres une urine septique; les uns ont des accidents infectieux, les autres n'en ont pas; d'autres, enfin, sont des prostatiques calculeux. Dans une seconde classe se placent les prostatiques qui ont de la rétention incomplète avec ou sans accidents infectieux.

Voyons d'abord les malades atteints de rétention aiguë complète. J'élimine d'abord ceux qui n'ont jamais été sondés, qui ont une urine aseptique et ne présentent pas d'accidents infectieux; à ces malades, il faut faire le cathétérisme. Celui-ci est quelquefois difficile sans doute, mais on arrive toujours à le pratiquer. Il ne saurait donc ici s'agir d'ouverture de la vessie; mais à côté d'eux se trouvent des prostatiques qui ont déjà été sondés, ou à qui on a pratiqué des fausses routes, qui ont eu de l'uréthrorrhagie. Ici, deux cas se présentent: si ces malades ne sont pas infectés, il faut essayer encore le cathétérisme; s'il ne réussit pas, on doit faire la ponction sus-pubienne; il tombera peut-être quelques gouttes d'urine dans la cavité de Retzius, mais, dans l'espèce, cet accident est sans importance; si, au contraire, il s'agit de malades infectés, sans doute il faudra tenter encore le cathétérisme, mais je reconnais qu'alors la cystostomie sus-pubienne, en cas de non-réussite, sera beaucoup mieux et beaucoup plus vite indiquée. Elle peut mettre à l'abri des accidents, quoique pourtant elle ne les prévienne pas toujours. Lejars a perdu deux malades sur cinq; j'en ai perdu un; sur vingt-neuf cas que j'ai pu réunir, il y a eu douze morts.

Au résumé, je conclus que chez les prostatiques atteints de rétention aiguë complète, il ne faut pratiquer la cystostomie sus-pubienne que s'il y a des accidents graves. Je dis: « de rétention aiguë », car à mon avis les prostatiques présentant de la rétention complète, mais chronique, ne sont pas justiciables de cette opération, au moins dans la très grande majorité des cas; chez eux, le cathétérisme aboutit pour ainsi dire toujours; j'excepte seulement les malades chez lesquels le cathétérisme est si douloureux qu'il est, pour ainsi dire, impossible de le pratiquer. Dans ces cas, la fistulisation permanente n'est de mise que s'il s'agit d'une lésion à évolution progressive (cancer de la prostate) ou que toute tentative ultérieure de cathétérisme est repoussée.

Restent maintenant les prostatiques atteints de rétention incomplète; ici, la cystostomie sus-pubienne est indiquée dans certains cas, mais ici ce sont bien plutôt les accidents fonctionnels et infectieux qui commandent l'intervention que l'état local. Chez certains malades cependant, l'état général est tel que l'intervention devient très grave et qu'avant de se décider il faut examiner avec soin tous les organes. Il faut ajouter cependant une autre indication opératoire: c'est la fréquence des mictions glaireuses, suppuratives, quoique quelques malades préfèrent un cathétérisme fréquent à une incontinence d'urine sus-pubienne.

Au total, la cystostomie sus-pubienne est une opération capable de rendre de grands services; peut-être même ne l'a-t-on pas assez employée jusqu'à ce jour; mais il faut bien dire que son champ est restreint. En ce qui concerne les rétentions complètes aigues, l'opération n'est légitimée que par l'existence d'un obstacle infranchissable et permanent; il faut faire alors une ouverture temporaire. Dans la rétention incomplète, elle ne doit être considérée que comme un pis-aller; c'est l'anus contre-nature des prostatiques; elle n'est guère commandée que par l'existence d'accidents infectieux graves. Ici aussi, il faut supprimer la fistule dès qu'on le peut; celle-ci ne doit rester permanente que si le processus prostatique (cancer) n'a aucune chance de rétrocession.

Résection du maxillaire inférieur avec prothèse immédiate.

M. Poirier présente un malade à qui il a pratiqué l'ablation d'une partie de l'os maxillaire inférieur et sur lequel M. Moebo, dentiste, a appliqué la méthode de prothèse immédiate de M. Martin.

Le résultat est beau. Il y a seulement un léger enfoncement des téguments au niveau de la région sous-maxillaire dû à ce que le mylo-hyoïdien a été détruit. Quand l'appareil provisoire qui est rivé à l'os aura fait son nid dans les parties molles, et qu'il les aura « cutisées », il sera remplacé par un appareil définitif, de même forme et pourvu de dents. La guérison s'est faite avec une légère et inévitable suppuration; l'appareil provisoire est muni de canaux intérieurs qui permettent de faire dès le second jour après l'opération de fréquentes et fortes irrigations, condition nécessaire pour éviter les abondantes suppurations et d'où dépend certainement le succès.

Fracture esquilleuse de la clavicule.

M. Routier présente une jeune fille chez laquelle il a pratiqué une suture osseuse pour fracture de la clavicule. Comme les fragments n'étaient point coaptés, M. Routier, pour éviter une déformation très apparente, ouvrit le foyer de la fracture. La déformation n'était point due au chevauchement des fragments, mais bien à l'existence d'une esquille intermédiaire qu'il a été facile de détacher. Suture simple au fil de soie après égalisation des deux fragments. Suture intradermique au catgut. Beau résultat. Au total, la suture osseuse n'est ici pour rien dans la régularité de la cicatrisation; celle-ci est due simplement à la parfaite coaptation assurée par l'ablation de l'esquille primitive.

Diverticule de Meckel.

M. A. Broca présente un diverticule de Meckel qu'il a enlevé récemment à un jeune sujet. Ce diverticule, inséré d'une part sur la partie terminale de l'iléon et d'autre part à l'ombilic, faisait saillie dans cette dernière région sous forme d'une tumeur rosée, due à ce que le canal diverticulaire avait subi une évagination à double cylindre. Un stylet pénétrait de quelques centimètres dans l'intérieur de l'abdomen. Cure radicale par laparotomie, dissection de la portion ombilicale du diverticule et de son trajet jusqu'au bord intestinal mésentérique, résection d'une petite tranche intestinale et entérorrhaphie latérale. Guérison rapide.

Urinal.

M. Ch. Monod présente un urinal imaginé par M. Loumeau (de Bordeaux) destiné à recueillir l'urine des malades portant un urèthre suspubien et que l'auteur a déjà présenté au Congrès de Rome et au Congrès de Lyon.

BIBLIOGRAPHIE

Etude clinico-chimique sur l'élimination urinaire de l'iode après absorption d'iodure de potassium, par Laurent Lafay. Th. Paris, 1893.

Un très gros volume que cette thèse. Trente pages de bibliographie et dix pages de conclusions donnent une idée du travail considérable auquel s'est livré l'auteur. Dans les conditions normales, l'iode ne s'élimine par l'urine, ni à l'état d'iode libre, ni à l'état d'acide iodhydrique libre, ni à l'état d'iodates, ni à l'état d'iode organique, mais à l'état d'iodures. L'iodure de sodium n'est pas plus dangereux, à l'occasion, que l'iodure de potassium, l'élément potassium pouvant à peine, dans des cas exceptionnels, être considéré comme un faible adjuvant à la nocuité du médicament. Il ne faut pas incriminer les hautes doses, les doses minimes comptant plus d'accidents que les doses moyennes sagement conduites. Quant à l'impureté du médicament, à la décomposition que les iodiques subissent dans l'organisme, ce sont là des causes d'intoxication qui sont négligeables ou non démontrées. Les accidents d'iodisme ne tiennent qu'à une cause unique : l'élimination nulle ou incomplète du médicament. Après s'être livré à un examen critique des procédés qui ont été conseillés ou suivis pour le dosage de l'iode dans l'urine, l'auteur indique un procédé de dosage qui lui est personnel. Il consiste en une modification de la méthode suivie par Maroseau et Personne. Ces chimistes, dosant l'iode à l'état d'iodhydrargyrate de potassium, trouvent constamment un chiffre trop faible qui tient à la dissociation subie par le sel précédent. M. Lafay se met à l'abri de cette erreur, grâce à un procédé clinique de description un peu longue, mais dont le lecteur que cette question intéresse trouvera l'exposé à la page 212 de ce consciencieux mémoire.

Etude sur les accidents d'origine thermique : l'insolation, le coup de chaleur et la thermo-héliose, par C. Saguet. Th. Paris, 1893.

Dans les accidents d'origine thermique sont à distinguer : 1° le coup de soleil ou érythème solaire, accident local qui peut aussi être produit par l'électricité; 2° l'insolation, accident grave caractérisé à son minimum d'effet par la congestion du cerveau, a son maximum par de la méningite et de l'encéphalite; cet accident ne s'observe guère que dans les pays chauds; 3° le coup de chaleur ou asphyxie foudroyante par la chaleur où le malade tombe comme une masse dans un état d'insensibilité absolue. A l'exemple de l'insolation, la température s'élève au-dessus de 40°, monte à 41° et 42°. Ces trois classes d'accidents d'origine thermique sont enrichies par l'auteur d'une quatrième forme qu'il baptise du nom de thermo-héliose et qui serait due à l'action combinée du soleil et de la chaleur. La symptomatologie participe des signes attribués aux deux classes précédentes : syncopes, convulsions, délire. Le pronostic, généralement grave pour l'insolation, le coup de chaleur et la thermo-héliose, est rendu moins sévère par l'emploi de l'eau froide sous forme d'affusions ou de massages avec la glace qui seront continuées tant que la température ne sera pas ramenée au-dessous de 38°5. Un certain nombre d'observations personnelles terminent ce mémoire.

De l'hyperthermie centrale consécutive aux lésions de l'axe cérébro-spinal, en particulier du cerveau, par F. Guyon. Th. Paris.

La plupart des lésions cérébrales exposent à une élévation de la température centrale : ainsi l'attaque d'apoplexie due à une hémorrhagie cérébrale (Charcot), les attaques apoplectiformes qui se produisent au cours des affections chroniques du cerveau (lésions cicatricielles anciennes, tumeurs, méningites, etc.) et dont l'élévation thermique est presque immédiate, tandis que dans l'attaque d'apoplexie la fièvre est précédée par un abaissement initial de la température. Une perturbation fonctionnelle des centres nerveux, capable de retentir profondément sur la régulation thermique, est la cause de cette fièvre que, même dans les lésions traumatiques, n'expliquent ni l'infection ni l'intoxication. Dans des recherches expérimentales opérées sur des lapins, l'auteur démontre qu'une élévation thermique suit les piqûres qui atteignent le noyau caudé, la couche optique, le corps calleux, le trigone, principalement au niveau des limites ventriculaires de ces régions. Quand la température rectale des animaux en expérience s'élevait de 1° à 2° l'autopsie apprenait que le stylet avait pénétré dans le ventricule lateral. M. Guyon se demande si, au lieu d'attribuer l'influence hyperthermisante d'une piqûre cérébrale à la lésion d'un centre thermogène hypothétique, il n'est pas possible d'admettre une simple action réflexe exercée sur le bulbe et la moelle par l'excitation des parois ventriculaires. Ch. Fiessinger.

LES LIVRES

Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Guide pratique de l'extraction des dents, à l'usage du médecin, suivi de la description de la greffe dentaire par restitution immédiate par le Dr Bruneau, 21e volume de la *Petite Encyclopédie Médicale*. — Prix : 3 francs, cartonné à l'anglaise.

Ils sont peu nombreux les médecins qui, avant de débuter dans la clientele, se sont initiés aux principes et à la pratique de l'extraction des dents. Et cependant, à défaut de spécialistes, n'est-

ce pas aux médecins qu'incombe le soin de faire cette opération? Aussi, que de déceptions; on peut ajouter que de fautes commises!

Désormais, le praticien aura un guide sûr dans ce petit manuel que le docteur Bruneau présente au public médical, et où la concision le dispute à la méthode et à la clarté.

L'auteur, en effet, a su réunir en quelques pages tout ce qui a trait à l'avulsion des dents.

Dans un premier chapitre, après avoir énuméré les indications et les contre-indications de l'extraction chez l'adulte, il donne la marche à suivre pour l'extraction des dents de lait.

Le second chapitre contient les détails du manuel opératoire, les particularités propres à l'extraction de chaque groupe de dents.

Puis, après avoir passé en revue les difficultés et les accidents de l'extraction ; après avoir indiqué les moyens de les combattre, l'auteur consacre le quatrième chapitre à la description des divers procédés d'anesthésie, insistant d'une façon toute particulière sur ceux qui sont à la portée de tout praticien.

Un résumé succinct de la réimplantation des dents fait l'objet du dernier chapitre. Cette variété de la greffe dentaire devait, en effet, trouver place dans ce traité où l'auteur non seulement la mentionne plusieurs fois, mais la montre, dans nombre de cas, comme le complément nécessaire de l'extraction.

Si l'on ajoute qu'un certain nombre des figures intercalées dans le texte sont la reproduction des instruments nécessaires à tout médecin désireux de bien pratiquer l'extraction des dents, on peut dire que ce manuel est appelé à rendre les plus grands services à l'étudiant en médecine et au praticien de la campagne.

Précis iconographique d'anatomie normale de l'œil (globe oculaire et nerf optique), par le Dr Rochon-Duvigneaud, ancien interne des hôpitaux, ancien chef du laboratoire d'ophtalmologie à l'Hôtel-Dieu, chef de clinique ophtalmologique de la Faculté. In-8° raisin de 136 pages, 23 figures. — Prix : 5 fr. broché; 6 fr. cartonné à l'anglaise; 7 fr. 50 relirué souple, peau pleine, cuir vert.

Ce petit volume n'est à aucun degré une copie, une répétition des nombreux ouvrages parus sur l'anatomie de l'œil. Ce n'est pas davantage une compilation, une œuvre d'érudition.

C'est l'anatomie de l'œil telle que l'on peut la démontrer dans un laboratoire au moyen de préparations nombreuses et bien faites.

Son titre de *Précis iconographique* se trouve justifié par sa méthode qui est de faire voir au moyen de figures originales, dessinées à la chambre claire, chaque région de l'œil, avant de la décrire en quelques mots et de passer à des considérations générales et pratiques.

L'ouvrage ne saurait mieux se comparer qu'à une collection de préparations choisies, mises sous les yeux du lecteur, dans un ordre méthodique et expliquées par des légendes détaillées placées en regard de la figure. Les descriptions ennuyeuses et peu claires sont ainsi en grande partie évitées et le texte a pu être réservé à des développements d'un intérêt plus général.

Anatomiste de laboratoire mais aussi clinicien pratiquant, l'auteur s'est surtout attaché à l'anatomie générale et topographique, aux notions qui relient la clinique à l'anatomie. Il a généralement laissé de côté l'histologie pure, qui a peu d'application immédiate, ne disant par exemple de l'histologie de la rétine que ce qu'il en faut pour comprendre les rétinites et les choroïdites.

En résumé, le débutant trouvera dans ce petit volume des figures vraies et précises accompagnées de légendes détaillées qui lui éviteront la lecture de bien des descriptions assommantes, lui permettront de rectifier certaines erreurs encore répandues.

Le clinicien, croyons-nous, ne le lira pas sans intérêt, grâce aux nombreux rapprochements qui y sont établis entre l'anatomie et la clinique ; il pourra y puiser ou y revoir des renseignements d'anatomie topographique utiles en chirurgie oculaire.

Enfin, les quelques figures d'embryologie, les notions d'anatomie comparée et de physiologie que renferme l'ouvrage nous paraissent de nature à mériter l'attention au point de vue scientifique proprement dit.

La professinn médicale en France, par Peinard, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de la Société des contribuables.

Chez Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

Statistique et observations de chirurgie hospitalière, par le Dr Polaillon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

Chez Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

Les médecins normands du XIIe au XIXe siècle (Calvados, Manche, Orne et Eure), biographie et bibliographie, par le Dr Jules Roger.

Chez Thorin fils, éditeurs, 4, rue Le Goff.

Exercice de la médecine, de l'art dentaire et de l'art des accouchements, par Louis Pabon, juge de paix du 3e canton de la ville de Bordeaux.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Ecoles de Rnuen et de Caen.

Par décrets, les chaires d'hygiène et thérapeutique des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie de Rouen et de Caen sont supprimées à dater du 1er novembre.

Il est créé dans ces mêmes écoles une chaire d'histologie.

Cnncours de l'Internat en médecine.

La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le mercredi 24 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

La lecture des copies sera faite, comme par le passé, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria. Le jury est ainsi composé : MM. Th. Anger, Delens, Boissard, Tapret Thoinot, Darier, G. Marchand.

Cnncours de l'Externat.

Jury du concours de l'Externat. — MM. Girode, Ménétrier, Duflocq, Queyrat, Albaran, Beurnier, Guinard.

Asiles d'aliénés du département de la Seine.

Un concours aura lieu à la préfecture de la Seine pour la nomination aux places d'internes qui seront vacantes en janvier 1895. S'inscrire à la préfecture de la Seine (service des aliénés), du 29 octobre au 10 novembre 1894.

Association de la Presse médicale.

Assemblée du 5 octobre 1894.

Le quatrième dîner pour l'année 1894 a eu lieu le 5 octobre 1894 au restaurant Marguery, sous la présidence de M. Cézilly, syndic. Vingt membres assistaient à cette séance.

Les demandes d'adhésions, comme correspondants étrangers de l'Association, des directeurs de journaux étrangers publiés en langue française, ont été admises à l'unanimité. Sont désormais correspondants étrangers : *Gazette médicale de Liège* (Dr Brasseur); *Journal d'Accouchements* (Dr Charles) ; la *Policlinique* (Dr Jacobs); l'*Organe de la Confraternité médicale* (Dr Vindervogel); *Archives médicales belges* (Dr Maistriau) ; le *Scapel* (Dr de Jace); *la Revue médico pharmaceutique de Constantinople* (Dr Apéry) ; les *Archives de médecine et de chirurgie pratiques de Belgique* (Dr Hocquart) ; la *Revue-médicale de la Suisse romande* (Dr Picot) ; le *Bulletin de la Société des médecins naturalistes de Jassy* (Dr Bogdan) ; l'*Union médicale du Canada* (Dr Lamarche).

L'*Association* a décidé de réaliser son projet de souscription en faveur du Dr Lafitte et a désigné dans ce but une commission

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 43 — 27 Octobre 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Action de l'exercice modéré à bicyclette sur l'acide urique et dans un cas d'albuminurie par sclérose rénale commençante.

Par M. ALBERT ROBIN, de l'Académie de Médecine.

Dans ses dernières séances, l'Académie de médecine a entendu plusieurs communications sur les avantages et les inconvénients de la vélocipédie. La question paraît être tout à fait à l'ordre du jour, et, de tous côtés, l'on discute longuement l'influence du nouveau sport sur l'hygiène, mais on paraît s'être moins occupé, jusqu'à présent, de ses applications possibles à la thérapeutique. Aussi, je viens rapporter un fait d'ordre à la fois expérimental et clinique qui éveillera certainement l'attention sur le rôle de l'exercice du vélocipède dans le traitement de certains états morbides, de la diathèse urique, par exemple.

Je donne des soins depuis plusieurs années à un homme dans toute la force de l'âge, et qui souffre de gravelle urique et oxalique. Il a eu de fréquentes attaques de colique néphrétique, suivies d'expulsion de calculs, et pendant près d'une année, l'élimination de l'acide urique et de l'oxalate de chaux a été si considérable que le patient rendait des urines presque toujours sanguinolentes. Ces hématuries fréquentes firent même songer un instant à l'existence d'un calcul intra-rénal, mais MM. Ch. Monod, Le Dentu, Guyon et Jaccoud, successivement consultés, repoussèrent cette idée et soumirent le malade à divers traitements qui améliorèrent sensiblement sa situation. Cependant, si l'urine n'était plus que rarement sanguinolente, elle restait toujours sédimenteuse et laissait un abondant dépôt qui, maintes fois examiné, était formé de gros cristaux d'acide urique, d'octaèdres d'oxalate de chaux, avec quelques globules blancs et quelques cellules des voies urinaires. Le dosage de l'acide urique a été pratiqué une quarantaine de fois, à l'occasion des divers traitements suivis : il s'est élevé jusqu'à 1,892, avec 0.932 comme minimum.

Cette année, je conseillai, comme à l'ordinaire, une saison de lavage à Evian. L'an dernier, cette saison avait été suivie d'une crise néphrétique avec hématurie. Cette année, on n'atteignit pas des quantités d'eau aussi élevées que précédemment ; M. X... quitta la station en bon état. Quelques jours après, il prit, avec une grande prudence, des leçons de bicyclette et fut tout étonné de voir les dépôts si abondants de ses urines diminuer très notablement. Il me fit part de son observation et je l'engageai à se soumettre à une expérience qui nous fixerait exactement sur la valeur de sa constatation visuelle. M. X..., qui est doué d'une énergie et d'une intelligence supérieures et qui pendant le cours de sa longue maladie a été pour son médecin un véritable collaborateur, accepta cette proposition et réalisa l'expérience de la manière suivante :

D'abord, il se mit à un régime d'entretien absolument uniforme dont nous avions préalablement réglé tous les termes : pendant les trois premiers jours, il mena son existence ordinaire qui est assez active. Les trois jours suivants, il fit, chaque matin, trois quarts d'heure de bicyclette à allure modérée, sur un terrain uni et plat, de manière à n'éprouver aucune fatigue à la fin de l'exercice ; enfin, les trois jours suivants, il reprit sa vie habituelle. L'urine de chaque période de trois jours fut rassemblée et l'analyse pratiquée sur le mélange. Les résultats en sont consignés dans le tableau suivant :

Analyse de l'urine.	Par 24 heures. Avant l'exercice à bicyclette.	Pendant.	Après.
Quantité	1495 cc. »	1565 cc. »	1506 cc. »
Densité	1021 — »	1020 — »	1020 — »
Matériaux solides	61 — 300	65 — 750	61 — 500
— organiques	37 — 400	39 — 150	37 — 500
— inorganiques	23 — 900	26 — 600	24 — »
Azote total	14 — 220	15 — 860	14 — 350
Urée	24 — 230	27 — 740	24 — 300

Analyse de l'urine.	Par 24 heures. Avant l'exercice à bicyclette.	Pendant.	Après.
Acide urique	1 — 046	0 — 670	0 — 680
Matières extractives azotées	7 — 701	7 — 935	8 — 367
Matières ternaires	4 — 430	2 — 810	4 — 160
Chlorures	15 — 700	18 — 300	15 — 600
Acide phosphorique total	2 — 180	2 — 350	2 — 280
Acide phosph. des alcalis	1 — 610	1 — 750	1 — 650
Acide des terres	0 — 570	0 — 600	0 — 630

Ce tableau qui donne les résultats bruts des analyses doit être complété par le suivant où ces résultats sont calculés sous la forme de ce que j'ai désigné sous le nom de « Rapports d'échange ».

Rapports d'échange.

	Avant l'exercice à bicyclette.	Pendant.	Après.
Coefficient d'oxydation azotée	79.5 0/0	84.6 0/0	79.0 0/0
— de déminéralisation	38.9 0/0	40.5 0/0	39.0 0/0
Acide urique : urée	23.4 0/0	44.4 0/0	25.7 0/0
Ph^2O^5 : Az T	15.3 0/0	14.8 0/0	15.9 0/0
Cl : Az T	67.0 0/0	69.8 0/0	65.8 0/0
Ph^2O^5 terreux : Ph^2O^5 total	26.1 0/0	25.5 0/0	27.6 0/0

Sans entrer dans les détails de moindre importance et en ne considérant que les faits dominants, voici quels sont les enseignements qui se dégagent de ces tableaux d'analyse.

D'abord, la plupart des principes dosés ne subissent que d'insignifiantes variations pendant et après l'usage très modéré de la bicyclette, ce qui prouve au moins la constance du régime de M. X...

Un seul principe a varié dans de grandes proportions, et ce principe, c'est l'acide urique. Il est tombé de 1.046 à 0.67 pendant l'expérience, et ce chiffre abaissé ne s'est pas relevé après l'expérience, puisque la moyenne des trois derniers jours n'atteint que 0.68. Cette diminution de l'acide urique contrastant avec la permanence relative des autres chiffres prend une valeur considérable, qu'accentue encore l'augmentation de l'azote total excrété dans le même espace de temps.

En effet, l'azote total monte de 14.22 à 15.86, pour retomber après l'expérience à 14.35. La désassimilation azotée a donc été plus active pendant l'exercice à bicyclette, mais l'utilisation de l'azote désintégré a été meilleure, puisque l'acide urique a diminué et que le coefficient d'oxydation azotée s'est élevé de 79.5 pour 100 à 81.6 pour 100, chiffre normal.

Les variations des autres principes sont à peu près insignifiantes, sauf pourtant en ce qui concerne les matières ternaires incomplètement oxydées qui subissent un abaissement marqué. Cet abaissement indiquerait une meilleure évolution des principes ternaires de l'organisme, mais, comme ces matières extractives non azotées sont calculées par différence et non dosées directement, je ne suis pas assez sûr des chiffres de mon tableau pour en tirer des conclusions fermes.

En résumé, l'exercice modéré à bicyclette diminue dans des proportions très marquées l'excrétion de l'acide urique.

Mais surgit aussitôt une objection. Qu'est-ce qui diminue? Est-ce la formation ou l'élimination de l'acide urique? S'il y avait simplement retard dans l'élimination, l'acide urique qui ne s'est pas éliminé pendant la période d'exercice serait excrété en plus durant la période de repos, ce qui n'est pas le cas dans mon expérience où l'acide urique de la période de repos est au même taux qu'à la période d'exercice. Il y a donc eu véritablement diminution dans la formation de l'acide urique.

Il est encore un fait qui paraîtra, dès l'abord, infirmer cette conclusion. Dans une seconde expérience faite aussi chez un graveleux, j'ai observé les variations suivantes de l'acide urique :

Période de repos	Acide urique.	1.010
Trois quarts d'heure de bicyclette.	—	1.223
Période de repos		0.992

Si l'on s'en tient aux chiffres en eux-mêmes, il semblerait que, dans cette expérience, l'exercice a augmenté, au contraire, la formation de l'acide urique ! Mais, j'ai fait sur ce même malade, à quelques jours de distance, une autre expérience, dont les résultats ne concordent plus :

Repos	Acide urique.	0.980
Trois quarts d'heure de bicyclette.	—	0.740
Repos	—	0.751

A première vue, l'élimination de l'acide urique chez ce malade paraît se comporter de la façon la plus irrégulière, et il semble difficile d'y trouver une confirmation de l'opinion que j'émettais tout à l'heure. Pourtant, tout s'éclaire quand on considère les circonstances dans lesquelles ont été faites mes trois expériences.

En effet, dans la première expérience, M. X... se trouvait dans des conditions spéciales. Il venait de faire une cure à Evian, qui avait lavé ses tissus et ses reins; il était donc réduit à son minimum normal d'acide urique, puisque tout celui qui pouvait préexister dans ses voies urinaires avait été entraîné par la cure. Au contraire, mon second malade n'avait pas fait de cure de lavage préalable quand il se soumit, pour la première fois, à mes investigations, et l'exercice de la bicyclette a eu pour conséquence une élimination légèrement augmentée. Lors de la deuxième expérience, qui eut lieu 9 jours plus tard, il s'est donc trouvé dans des circonstances exactement semblables à celles de M. X..., et le résultat de l'épreuve suivante a été absolument identique.

Donc, *l'exercice modéré à bicyclette, de trois quarts d'heure de durée, sur un terrain plat, à allures douces, augmente d'abord l'élimination de l'acide urique, puis diminue sa formation.*

Voilà un fait qui ne manquera pas d'être utilisé en pratique, surtout si des recherches ultérieures viennent confirmer celles que je soumets à l'Académie.

Je désire encore rapporter une autre expérience. Il s'agit d'un homme de 44 ans, athéromateux, sans souffle ni lésion manifeste du côté du cœur, qui présente, depuis près d'un an, des traces d'albumine dans son urine. Cette albuminurie coïncide avec une polyurie légère, un excès d'urohématine, et j'ai tout lieu de croire que nous sommes en présence d'une sclérose rénale à ses débuts. Cet homme ayant appris à monter à bicyclette me demanda s'il devait conti-

nuer cet exercice. Je lui conseillai de faire la même expérience que M. X..., et voici quels en furent les résultats, pris sur une moyenne de 3 jours :

Avant l'exercice, albumine par 24 heures........	0.195
Pendant — — —	0.380
Après — — —	0.162

Sans vouloir généraliser, j'en conclus que l'usage même modéré de la bicyclette doit être déconseillé aux personnes qui ont des traces d'albumine dans l'urine au moins dans les cas où l'on soupçonne que cette albuminurie est liée à un début de sclérose rénale, puisque la quantité d'albumine a doublé pendant la période d'exercice.

J'insiste tout particulièrement sur la différence qui existe entre les chiffres que j'ai obtenus chez mes deux premiers malades et ceux que rapporte M. Philippe Tissié dans un récent mémoire (1). Il s'agissait d'un coureur qui parcourut 673 kil. 316 en 24 heures; l'acide urique, qui, le jour de la course, se chiffrait par 0.65, monta à 1 gramme le lendemain de celle-ci. Il est bien évident que les conditions de l'expérience étaient absolument différentes de celles dans lesquelles je me suis placé. Aussi les résultats de M. Philippe Tissié ne sont-ils nullement contradictoires des miens, et leur comparaison prouve simplement, une fois de plus, la différence qui existe entre les effets de l'exercice modéré et ceux du surmenage.

REVUE DE CHIRURGIE

L'hystérectomie vaginale au Congrès de Lyon.

Il paraît que nous n'avions pas tort de sonner l'alarme; décidément « la décentralisation » donne à réfléchir aux membres du Congrès français de chirurgie. « Le nombre des congressistes, dit la *Gazette des Hôpitaux*, était moindre que celui des précédentes années; leur séjour ne se prolongeait pas au delà d'un jour ou deux; on a remarqué l'absence de la moitié des membres du conseil d'administration et le banquet si cordial et si gai qui eut lieu à Aix-les-Bains, ne réunit à peine qu'une quarantaine de congressistes ». Le *Journal des Praticiens* constate à son tour « qu'au point de vue de l'empressement des chirurgiens à répondre à l'appel de la province, le résultat n'a pas été en rapport avec les espérances peut-être exagérées de quelques-uns », et l'*Union Médicale* nous donne l'assurance « que la neuvième session du Congrès et celles qui la suivront se tiendront dans notre bonne ville de Paris ». Pas aimable pour toutes les Facultés de province, notre confrère de l'*Union* : « L'Ecole lyonnaise, dit-il, tient une grande place dans l'histoire de la chirurgie; enfin, les hôpitaux de la grande ville du Rhône sont partout cités et offraient l'intérêt particulier de leurs visites. En serait-il de même dans une autre ville française ? Nous ne le pensons pas ». Que diront Bordeaux, Montpellier, Lille, Nancy, Toulouse? Que dira Reims? Que dira Le Mans?

Au reste, il paraît que les décentralisateurs les plus fervents ont tourné casaque : « L'opinion que cette tentative de décentralisation ne devait plus être renouvelée était surtout émise par nos confrères de l'étranger et de la province », dit encore la *Gazette des Hôpitaux*. Et le *Lyon Médical* lui-même (tel celui qui perd l'appétit après le repas), n'aimant point à partager la poire, oublie les villes sœurs et s'écrie : « S'ensuit-il que l'essai doive se renouveler pour Lyon ou pour tout autre centre de province? Il serait peut-être téméraire de conclure affirmativement ». *Jam claudite rivos, pueri, sat prata biberunt.* Mais voilà que Bordeaux réclame sa part, car la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales* — celle du Midi — pense « que cet essai de décentralisation est de bon augure pour d'autres réunions du Congrès de chirurgie en province et dans les villes qui solliciteront cet honneur », tandis que la *Gazette des Hôpitaux de Toulouse*, timidement, lance déjà un ballon d'essai : « Le Congrès, dit-elle, a prouvé par l'intérêt des communications qui y ont été faites que l'expérience était bonne à tenter ». Quant au *Progrès Médical*, qui n'a jamais craint d'être seul de son avis, il en tient décidément pour les « sessions en province », « intéressantes et instructives échappées » — d'autant plus intéressantes et instructives « qu'on n'y a pas, comme à Paris, laissé le Rire au vestiaire » et que « d'illustres personnalités y ont gaiement entonné des chansons grivoises ».

L'on s'est un peu chamaillé là-bas entre Parisiens et Provinciaux à propos du règlement. « Le Congrès doit siéger tous les dix-huit mois », dit l'article 1. « L'assemblée générale des membres de l'association doit se réunir au moins une fois par an », dit l'article 13. Ce qui signifie, s'est écrié un jeune chirurgien de province, « a la spécialité de ne pas laisser languir l'intérêt des réunions publiques », que les décisions de l'assemblée générale sont à la merci des Parisiens, puisque, dans l'impossibilité où nous sommes de multiplier nos voyages, nous ne venons à Paris, mes collègues et moi, que pour l'assemblée la plus intéressante, c'est-à-dire pour le Congrès. C'était donc l'effondrement du « suffrage universel » (*Province Médicale*) et le triomphe de cette « oligarchie scientifique de l'Institut et de l'Académie de médecine, qui est une des plaies de la médecine française » (*Dito*)... Mais « la bosse de l'indépendance » a pris le dessus, et l'on s'en est tiré en tourmentant quelque peu le règlement. Assemblée générale une fois par an, exige celui-ci, et Congrès tous les dix-huit mois. « Mais alors, s'est écrié très finement le professeur Tillaux, qui a clos fort heureusement le débat, si la loi nous oblige à nous réunir tout au moins une fois l'an, eh bien! faisons une assemblée générale annuelle et un congrès annuel »... Et c'est ainsi qu'en a décidé l'assemblée, « diminuant de la sorte l'omnipotence du comité permanent et conservant à tous les associés les droits dont on les dépouillait » (*Province Médicale*).

Au reste, les communications importantes n'ont pas fait défaut sur la chirurgie de l'appareil génital, de l'appareil digestif, du crâne, de la colonne vertébrale, des voies urinaires, des membres, il s'est dit de très bonnes et très utiles choses. Pour aujourd'hui, parlons un peu de gynécologie.

M. Delagenière (du Mans) a remis sur le tapis l'éternelle question du traitement des annexites; il a eu le courage, j'allais dire l'imprudence, de venir attaquer, en présence même de ses deux plus énergiques défenseurs, l'hystérectomie vaginale dirigée contre les lésions inflammatoires des trompes et des ovaires. La laparotomie est souvent

(1) Observation physiologique concernant un record vélocipédique. *Archives de physiologie normale et pathologique*. T. VI. p. 882, 1894.

insuffisante, a-t-il dit. Personne n'a protesté. L'opération abdomino-vaginale de Chaput présente tous les inconvénients de la précédente auxquels viennent s'ajouter ceux de l'hystérectomie vaginale. Pas encore de note discordante. Et puis, l'hystérectomie vaginale est inutile dans les cas simples et bénins, aussi grave que la laparotomie et aussi incomplète dans les cas de pyosalpynx, désastreuse dans les cas de suppuration pelvienne diffuse. Et voilà pourquoi il faut remplacer toutes ces interventions par la *castration abdominale totale*. Alors le combat s'est engagé. MM. Segond, L. Championnière, Péan et Michaux, les deux premiers surtout, ont énergiquement défendu l'hystérectomie vaginale; ils ont triomphé facilement, et, il faut tout dire, ils avaient partie bien belle. M. Delagenière attaque l'opération de Péan parce qu'il a eu quatre « interventions malheureuses »; en vérité, il serait ici facile de lui répondre cruellement. D'autre part, il prône l'opération de Badly (est-ce ainsi qu'il faut l'appeler?) pour la raison qu'il a obtenu quatre succès sur quatre opérations. Vraiment, il méritait bien la critique un peu acerbe de M. Segond : « Quand M. Delagenière, pour démontrer l'innocuité d'une opération réputée jusqu'ici comme très sérieuse, possédera plus de quatre opérations, ce qui est bien un peu mince, notre devoir à tous sera peut-être de le suivre; par malheur nous n'en sommes pas là ». M. Richelot a-t-il eu vraiment bien tort de conseiller à ces jeunes chirurgiens, qui après deux ou trois opérations de même espèce, nouveaux initiés tout fiers d'avoir réussi, prennent la plume, rassemblent des arguments et signalent des faits qu'ils ont à peine entrevus », de se résigner à moins écrire et à occuper moins souvent la tribune des Sociétés savantes? Mon camarade Delagenière, qui fait en province de très bonne chirurgie, me connaît assez pour me savoir incapable, abusant des droits de la critique, de diriger contre lui une attaque personnelle; mais véritablement, comme il aurait été plus sage à lui, au lieu de venir attaquer, sans armes suffisantes, l'hystérectomie vaginale, de relater simplement les quatre cas de la très jolie opération qu'il a pratiquée! Ainsi, il aurait apporté des documents précieux à la question; mais il a voulu enlever le morceau, et le morceau n'est pas venu.

L'hystérectomie vaginale, en effet, est une excellente opération, quoi qu'en pense Delagenière; tous nos maîtres ont, à cet endroit, une opinion parfaitement ferme, étayée sur de riches statistiques contre lesquelles ne prévaudront pas les quatre cas malheureux du chirurgien du Mans. Elle est, en règle, la seule intervention applicable aux suppurations diffuses et aux suppurations enkystées très adhérentes; elle est excellente pour les salpingites purulentes énucléables et excellente aussi pour toutes les autres salpingites doubles. Ce n'est pas non plus une opération grave, et M. Segond, en rétablissant la vérité sur sa statistique que M. Delagenière avait mal interprétée — puisque celui-ci établissait le pourcentage des insuccès du chirurgien de la maison Dubois sur les cas désespérés de suppurations diffuses — a bien fait de nous le répéter encore. Ce n'est pas une opération très difficile, depuis que le morcellement permet de détruire, bribes par bribes, les utérus les plus enclavés. C'est, enfin, une opération très heureuse dans ses résultats définitifs, puisque, d'une part, elle donne presque toujours une guérison durable, permanente, et qu'assez souvent, au contraire, les chirurgiens se voient obligés d'enlever, quelques mois plus tard, l'utérus des femmes à qui ils ont déjà pratiqué la laparotomie, ainsi que M. Schwartz en a rapporté un exemple très intéressant devant le Congrès.

J'entendais dire récemment à M. Bouilly: « L'utérus est une véritable éponge vasculaire et nerveuse dont les réactions physiologiques et douloureuses nous sont encore tout à fait inconnues dans leurs différentes modalités; il joue un rôle considérable, même privé de ses annexes, dans les manifestations de la pathologie de la femme ». Je sais bien que le procès est encore pendant et que, même pour les suppurations enkystées, mes maîtres Terrier et Quénu défendent encore ardemment par la parole et le bistouri la laparotomie; cette opération donne en leurs mains, la chose est certaine, les plus heureux résultats. Mais j'avoue qu'en ce qui me concerne, il me semble se dégager de ce que j'entends, de ce que je lis et de ce que j'observe, que l'hystérectomie vaginale est moins grave, plus facile et, avant tout, plus sûre dans ses résultats définitifs.

Mais une grosse et double question se présente ici, et c'est évidemment là que triomphent les laparotomistes: d'une part, la difficulté du diagnostic d'une double lésion salpingienne et, d'autre part, l'incertitude où l'on reste souvent qu'une malade, même examinée sous le chloroforme, pourra ou ne pourra pas avoir d'enfants. Je ne partage pas l'optimisme de M. Baudron qui affirme qu'une erreur dans ces conditions est impossible. Je ne pense faire injure à personne en disant que chacun peut, un jour ou l'autre, se tromper. Et puis, il y a les grossesses surprenantes qui surviennent contre toute prévision chirurgicale, comme en a signalé devant le Congrès M. Goullioud (de Lyon) chez des malades ayant eu des lésions salpingiennes, même suppurées. Certes, c'est rare exception; mais ce sont des faits, et il faut compter avec eux.

Voilà véritablement le point noir de l'hystérectomie vaginale pour tous les cas qu'on peut appeler « douteux ». Et il y en a peut-être beaucoup. En dehors d'eux, ni les quatre malheurs de M. Delagenière (du Mans), ni les deux observations faites par M. Delagenière (de Tours), qui aurait vu les douleurs persister chez une malade de M. Péan et chez une malade de M. Segond, n'empêcheront l'hystérectomie vaginale de s'imposer tous les jours davantage comme une opération bénigne et définitivement curative dans presque tous les cas. Et c'est précisément à cause de ce rôle considérable que joue l'utérus dans les douleurs dont l'appareil génital est le siège et le point de départ, que ni l'opération de Laroyenne (de Lyon) (ponction et large débridement des collections) ni l'opération de Condamin (de Lyon) (salpingo-ovariotripsie vaginale) ne pourront remplacer l'opération de Péan. Ce sont là des méthodes bâtardes et incomplètes, utiles quelquefois certes, mais qui ne doivent être appliquées qu'à des cas spéciaux. La laparotomie et l'hystérectomie vaginale restent donc seules en présence pour le moment. Pour les lésions unilatérales et pour les lésions suppurées diffuses, pas de doute: laparotomie dans le premier cas, hystérectomie vaginale dans le second. Pour tous les autres cas, le procès reste pendant encore; mais il me semble que l'hystérectomie vaginale gagne du terrain, malgré l'habileté grande avec laquelle l'Ecole du

professeur Terrier défend et pratique la laparotomie. Seul l'avenir jugera l'opération prônée par Delagenière. Puisse la série rester aussi heureuse — quatre sur quatre ! — C'est, hélas ! plus à souhaiter qu'à espérer.

Pierre Sebileau.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Abcès du bassin de la femme.

Landau vient de plaider en faveur de la conservation des organes génitaux de la femme. Il dit qu'il ne faut avoir recours à une opération sanglante, à leur extirpation qu'en cas d'absolue nécessité. Il est convaincu que certains abcès pelviens peuvent être traités par une simple incision, et que la guérison, surtout s'il s'agit d'abcès uniloculaires, peut être obtenue par un traitement conservateur. Il considère comme un excellent moyen de diagnostic la ponction exploratrice, lorsque certaines difficultés mécaniques ne permettent pas de se rendre exactement compte de l'affection. Ce procédé a de plus l'avantage de donner un résultat rapide, une simple incision ne nécessitant pas de soins aussi longs qu'une ablation d'organes. C'est ainsi que Landau cite des cas où il a été amené à ouvrir une des parois utérines. Dans certains cas d'abcès multiloculaires cette méthode conservatrice aurait également été suffisante. Lorsque le chirurgien se trouvera donc en présenee d'abcès des organes génitaux de la femme, il devra, autant que possible, essayer de donner issue à la collection purulente, et ce n'est que s'il suppose ce procédé insuffisant ou impraticable qu'il tentera une opération plus radicale. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1894, n° 22-24.)

AMÉRIQUE

Pathologie et traitement de l'urémie.

Hughes et Carter (*Amer. Il. Med. Sci. Sept.*) publient les conclusions des recherches qu'ils ont faites sur les éléments toxiques de l'urémie.

Ces auteurs ont trouvé que l'injection de sérum sanguin ou d'urine, provenant de cas de maladie de Bright dans lesquels on n'avait pas remarqué le syndrôme urémique, provoquait chez le chien non l'urémie, mais un certain degré de néphrite. Au contraire, l'injection de sérum sanguin ou d'épanchement hydropique, provenant d'un véritable cas d'urémie, provoquait chez le chien des symptômes si bien définis, si uniformes et ressemblant tellement aux symptômes de l'urémie de l'homme, qu'on ne pouvait douter qu'ils fûssent la conséquence d'une urémie artificiellement produite. Les reins des chiens ainsi soumis à l'expérience présentaient un état uniforme et constant ; on y observait des lésions plus avancées après l'injection de sérum provenant d'une maladie de Bright sans urémie.

Ces lésions avaient l'apparence des lésions de la glomérulo-néphrite.

Mais, des expériences nouvelles ont montré que l'injection de sérum pris chez un individu sain provoquait chez le chien une néphrite en tous points semblable à la précédente. De là, les auteurs ont tiré cette conclusion que la substance toxique qui produit la néphrite est constamment présente dans le sang humain. Des expériences faites sur les lapins ont montré que cette substance existait dans le sérum du chien, mais qu'elle n'existait pas dans le sérum du cheval ; les auteurs insinuent, de ce fait, que l'on peut empêcher la formation de cette substance en donnant à l'animal une nourriture végétale. Les faits démontrent que le temps de la digestion est le moment où ces substances toxiques se développent.

Quant à la nature du poison, les auteurs peuvent établir seulement qu'une chaleur modérée détruit son pouvoir urémique ou tout au moins l'affaiblit. Ils disent, de plus, que ce poison est difficilement dialysable, c'est-à-dire que le liquide obtenu par la dialyse du sérum intoxiqué peut occasionner un peu de néphrite, mais ne peut pas produire l'urémie.

Hughes et Carter envisagent ensuite le traitement de l'urémie et ils montrent que, dans les cas où il existe de la diarrhée, il peut se montrer des symptômes nerveux très sérieux. Ils conseillent donc de donner des purgatifs et de préférer les purgatifs d'origine végétale, car le calomel produit très souvent la salivation mercurielle. Si l'on donne de la pilocarpine pour favoriser la transpiration, il convient de surveiller ses effets avec le plus grand soin. Le bain d'air chaud n'est pas sans danger, surtout dans les cas pyrétiques et les auteurs font mention d'un cas dans lequel une fièvre très violente accompagna son emploi. Comme le poison se rencontre dans les épanchements séreux, aussi bien que dans le sang, et comme la résorption de ces épanchements peut causer l'entrée dans le sang d'une quantité suffisante de poison pour produire l'urémie, les auteurs conseillent fortement d'avoir recours, de bonne heure, à la ponction.

Cependant, ils disent que la saignée ne doit pas être trop recommandée. Ce procédé a surtout de bons effets dans les cas graves. Une dyspnée intense n'est pas l'indication la plus urgente de la saignée. Les symptômes cérébraux sont une indication plus importante. La faiblesse du pouls n'est pas une contre-indication. La quantité de sang retirée doit dépendre du caractère du cas en présence duquel on se trouve et de l'effet produit par la saignée. Dans quelques cas, la saignée semble occasionner une grave attaque. La saignée peut être suppléée par la transfusion d'une solution saline. L'injection de liquide dans les tissus sous-cutanés, par son absorption rapide, s'accompagne, dans la grande majorité des cas, de résultats aussi bons que l'injection intraveineuse.

ITALIE

Recherches expérimentales sur l'ablation des ovaires.

Kehrer a montré (*Policlino*, *Sez. chir.*, 5) que l'ablation des deux ovaires chez les jeunes caniches empêche l'utérus de s'accroître. Buys et Vandervelte ont eu l'idée de rechercher quelle influence pourrait exercer sur l'utérus la même opération faite sur des animaux plus âgés. A cet effet, ils enlevèrent les deux ovaires à une série de caniches du même âge, en même temps qu'une des cornes de leur utérus bicorne. Au bout de quelque temps ils comparèrent la partie de l'utérus laissée en place avec celle qu'ils avaient extirpée, et déjà vingt jours après leur opération, la différence était probante. La moitié de l'utérus que leur opération avait ménagée présentait une atrophie manifeste à côté de l'autre, sa muqueuse était ratatinée et comme recroquevillée. De plus, il y avait dégénérescence de l'épithélium cylindrique des follicules mucipares. L'altération est donc analogue à celle que l'on observe dans le cours de l'évolution sénile de l'utérus. Quant à la cause de cette altération, pour la bien connaître, il faudrait savoir exactement quelle est l'action que, dans l'organisme normal, l'ovaire, d'après ce que disent Buys et Vandervelte, exercerait sur l'utérus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 octobre. — Présidence de M. Lucas-Championnière

Cystostomie sus-pubienne.

M. Bazy. — Il y a douze ans que j'ai pratiqué, la première fois, un méat hypogastrique pour parer à la douleur et aux hémorrhagies d'une tumeur inopérable de la vessie. C'est Thomson qui, le premier, en 1888, a conseillé d'ouvrir la vessie pour remédier aux accidents de l'hypertrophie de la prostate; puis, on a appliqué plus tard cette thérapeutique aux cystites douloureuses et j'en ai publié en 1884 un intéressant exemple. J'ai donc toute raison d'aimer la cystostomie sus-pubienne; mais c'est précisément parce que je suis un des premiers à l'avoir défendue, que je ne voudrais pas la voir compromettre; je l'ai pratiquée, huit fois depuis quelques années et c'est pour la protéger encore que je tiens à protester aujourd'hui contre l'abus que quelques chirurgiens tendent à en faire.

D'une façon générale on peut dire, si difficiles qu'ils soient à comparer l'un avec l'autre, que le drainage de la vessie par les voies naturelles vaut au moins le drainage de la vessie par des voies artificiellement créées; mais quelle est leur valeur réciproque dans le traitement des accidents de l'hypertrophie de la prostate? Voilà la question. Je dis : « des accidents » et non « de l'hypertrophie elle-même », car contre l'hypertrophie elle-même on ne peut rien. On a bien dit, je le sais, que la création d'un méat hypogastrique permettait quelquefois à la prostate de diminuer de volume, mais on peut en dire autant du drainage uréthral. Voyons donc les indications que fournissent à la cystostomie sus-pubienne les accidents de l'hypertrophie prostatique, puisqu'aussi bien personne ne songe à faire une boutonnière à la vessie d'un prostatique qui se sonde facilement et n'est pas infecté. De ces accidents, les uns sont communs à tous les malades urinaires, les autres sont spéciaux aux prostatiques.

Les premiers sont la douleur, les hémorrhagies et les symptômes infectieux, tous accidents qui sont isolés ou associés.

La douleur, dont les formes et les degrés sont très variables, est très souvent vaincue par les lavages, les calmants, le régime. Ces moyens ont, en effet, quelquefois raison des cystites les plus douloureuses, même celles qui sont accompagnées d'urines sanglantes et glaireuses; à eux, il faut adjoindre, quand il y a formation de calculs phosphatiques, l'opération de la lithotritie, intervention tout à fait recommandable dans l'espèce, qui ne s'accompagne pas de choc opératoire et dont les suites sont très simples. Ce n'est pas à dire que la douleur des cystites des prostatiques ne commande pas quelquefois la boutonnière hypogastrique; mais celle-ci ne convient guère qu'aux cas où la vessie est atteinte de lésions profondes, incurables, scléreuses. Et encore se heurte-t-on quelquefois au refus du malade.

Quand l'hémorrhagie se prolonge, d'où qu'elle vienne, de la vessie ou de la prostate, elle est une indication de cystostomie.

Quant aux accidents infectieux, l'indication qu'ils fournissent à cette opération, de quelque maladie vésicale qu'il s'agisse et quelle que soit la forme de celle-ci, est évidemment très difficile à juger. C'est surtout quand il s'agit d'accidents infectieux aigus que le problème est peu commode à résoudre; j'ai opéré deux fois, et deux fois mes malades sont morts rapidement; je crois que dans toute infection aiguë où la sonde est impuissante, la boutonnière périnéale l'est aussi. Pour les accidents infectieux à marche chronique, l'antisepsie vésicale par les voies naturelles, le lavage à l'aide de gros ses sondes, l'écouvillonnage vésical suffisent presque toujours. Je ne repousse pas formellement, dans ces cas, le méat hypogastrique, mais il faut alors qu'on ait affaire à une vessie difficile, irritable, charnue, contenant des espaces inter-columnaires qui en rendent la désinfection difficile. Chose curieuse, il arrive souvent, malgré tout, que ces vieilles vessies malades résistent mieux à l'infection que les vessies récemment atteintes, dont l'épithélium est encore à peu près sain.

Les accidents spéciaux aux prostatiques sont l'impossibilité du cathétérisme, les fausses routes, le cathétérisme douloureux et fréquemment répété, la distension lente de la vessie.

En ce qui concerne l'impossibilité du cathétérisme, je ne la connais pas; j'ai toujours pu pénétrer dans la vessie. Au reste, en cas de non-réussite, les ponctions répétées me paraissent devoir être employées; elles n'ont pas la gravité qu'a dite M. Poncet et, somme toute, sont autrement faciles à pratiquer que la taille hypogastrique, même simplifiée.

Les fausses routes sont pour quelques chirurgiens une indication absolue de la cystostomie; ce n'est pas mon avis. La sonde à demeure rend ici souvent les plus grands services; elle fait un excellent drainage.

Le cathétérisme douloureux et fréquemment répété cède ordinairement à l'emploi des bains, de l'eau chaude, des calmants; quelquefois il résiste à tous ces moyens; il faut alors faire un méat hypogastrique.

La dilatation lente de la vessie est ordinairement aseptique; cependant l'infection est toujours là, qui guette le malade. Dans tous ces cas, la cystostomie est ordinairement inutile; l'évacuation lente et progressive, même quelquefois l'évacuation rapide, sont suivies de très heureux résultats. Le jour seulement où apparaissent les accidents infectieux, il faut ouvrir la vessie; mais l'ouvrir, bien s'entend, d'une façon temporaire.

Au résumé, le tableau des méfaits de la sonde à demeure a été noirci outre mesure par Poncet. Certes, mes objections tomberaient d'elles-mêmes, si tous les malades à qui on pratique un uréthre sus-pubien étaient des continents, et s'ils résistaient à l'infection; il n'en est malheureusement rien; n'y a-t-il pas des prostatiques qui ont eu après l'opération des calculs phosphaturiques, des hématuries, des vésiculites purulentes?

La cystostomie reste donc une opération de nécessité; elle doit rester une exception. C'est pour dire cela que j'ai pris la parole.

M. Routier. — Voici un malade à qui j'ai pratiqué la cystostomie pour parer aux accidents d'une hypertrophie prostatique au moment où je sentais qu'il m'échappait, malgré la sonde à demeure. J'ai pratiqué la taille hypogastrique et réséqué une partie de la prostate. Les accidents se sont vite amendés. Peu à peu, le malade a recommencé à uriner spontanément; voyez sa plaie hypogastrique : jamais elle ne laisse écouler d'urine. Il n'est donc pas vrai de dire que tous les cystostomisés ont de l'incontinence. D'ici peu de jours, je vais fermer la fistule de mon opéré; son état général et son état local sont excellents.

M. Bazy. — Le malade de M. Routier était précisément dans les conditions où je reconnais que la taille est indiquée, lorsque le cathétérisme et la sonde à demeure n'empêchent pas les accidents infectieux. Quant à l'incontinence hypogastrique d'urine, il est vrai qu'on ne l'observe pas chez tous les opérés. Mais je dois dire à M. Routier que son cas est spécial; il a pratiqué une opération plus complète, la résection de la prostate et l'ouverture de la vessie n'a été, dans le cas particulier, que le premier temps d'une intervention non plus seulement palliative, mais curative. Son malade ne rentre donc pas tout à fait dans le cadre commun et nous marchons sur un autre terrain.

M. Routier. — C'est précisément là un des grands avantages de la taille sus-pubienne qui, tout en nous permettant de lutter contre les accidents des prostatiques, nous permet aussi, le cas échéant, de pratiquer sur eux une opération plus complète et plus utile.

Cheiloplastie.

M. Larger (de Maisons-Laffitte) présente le malade sur lequel il a appliqué le procédé de cheiloplastie dont il a entretenu récemment la Société. Bon résultat esthétique et fonctionnel.

L'opération de Kraske.

M. Zancarol (d'Alexandrie). — Je veux dire quels sont les résultats définitifs de l'opération de Kraske. J'ai opéré, ces dernières années, quatre malades : deux femmes qui étaient atteintes d'épithélioma du rectum et du vagin, et deux hommes qui étaient atteints d'épithélioma du rectum. Chez les uns et les autres, j'ai réséqué le coccyx et une partie du sacrum ; chez les deux femmes j'ai extirpé le rectum avec une partie du vagin, sans ouverture du péritoine; chez les deux hommes, j'ai enlevé le rectum et ouvert le péritoine, car les cancers, chez eux, remontaient plus haut. Il y a en plusieurs points communs entre les suites opératoires que tous ces malades ont présentées. Les uns et les autres ont suppuré; chez tous, plusieurs fils fixant le hout supérieur du rectum à la peau, ont déchiré les tissus et cependant le rectum n'a pas remonté ; chez tous, enfin, j'ai dû détruire à peu près complètement le sphincter et cependant ni les uns ni les autres n'ont présenté d'incontinence des matières fécales. J'attribue cet heureux résultat à ce que quelques fibres du sphincter avaient été conservées et aussi, ainsi qu'Allingham l'avait déjà remarqué, à ce que les fibres sphinctériennes avaient été coupées dans l'axe du rectum. Enfin, tous mes opérés ont présenté pendant vingt-quatre heures un collapsus dont les a tirés facilement la caféine ; tous ont hien guéri, en deux mois environ, malgré la suppuration, et tous ont augmenté rapidement d'embonpoint ; jusqu'à présent, il n'y a chez aucun d'eux de récidive apparente, quoiqu'ils soient opérés depuis 18, 6, 2 mois et cinquante-six jours.

M. Quénu. — Deux points de la communication de M. Zancarol me frappent particulièrement. D'abord, tous ses malades ont suppuré. C'est, en effet, ainsi que les choses se passent d'habitude ; l'antisepsie du rectum est très difficile à faire ; ni les prises de naphtol, ni les lavements boriques de M. Zancarol ne peuvent assurer la propreté du gros intestin. Aussi, je crois qu'il est hon, comme on le fait journellement pour le cancer de l'utérus, de curetter d'abord le rectum avant de faire l'extirpation ; cela met les malades bien plus à l'ahri de l'infection. Le second point que je relève dans l'histoire des opérés de M. Zancarol, c'est que, malgré la destruction à peu près totale du sphincter, ils ont conservé la « continence » des matières. Je ne comprends pas hien l'interprétation qu'il donne de cet heureux phénomène. M. Zancarol (à qui je dis en passant que son opération n'est point l'opération de Kraske, puisqu'il fait précisément le contraire de celui-ci qui s'attache à conserver tont le sphincter), M. Zancarol, dis-je, a détruit tontes les fihres musculaires striées (au moins dans un cas où il s'agissait d'un épithélioma de l'anus) et, en tous cas, coupé le nerf hémorrhoïdal par qui elles sont animées. Donc, ce n'est pas dans la conservation très prohlématique de quelques faisceaux du muscle qu'il faut chercher la raison de la « continence ». Il s'est passé chez ces malades ce qui se passe chez tout malade à qui on fait un anus contre nature ; pendant quelques jours, il y a des débâcles, puis, peu à peu, tout rentre dans l'ordre, les selles se régularisent et deviennent rares ; l'on dirait presque que c'est la fonction qui fait l'organe.

M. Routier. — La suppuration est, en effet, très difficile à éviter dans ces cas, et je crois que le curettage ne suffit pas à assurer l'asepsie. Il ne faut pas oublier qu'on détruit beaucoup de tissu cellulaire, qu'on extirpe une partie du squelette et qu'au résumé on fait une large brèche dont les parois sont incompressibles. Puis, il y a autre chose ; quand le malade est couché sur le dos, après l'opération, les fils rentrent pour ainsi dire dans le rectum ; il y a comme une pénétration de l'épiderme de la marge de l'anus dans le champ opératoire, et c'est ainsi que celui-ci peut-être infecté non seulement par l'intérieur, mais aussi par le dehors.

M. Quénu. — Je ne crois pas que cela suffise. Quand les malades à qui on fait une opération rectale suppurent abondamment, c'est toujours d'une infection pendant l'acte chirurgical qu'il s'agit ; les petites souillures dont parle M. Routier font suppurer un ou deux points de suture, mais c'est tout. Quant au curettage du rectum, il a de hien meilleurs résultats que ne le pense M. Routier. J'ai dans mon service un malade à qui j'ai pratiqué, il y a quelques mois, cette opération palliative ; son poids a augmenté de 14 livres. Quand on pratique le toucher rectal, le doigt sort « sentant hien un peu le rectum », mais nullement imprégné d'odeur fétide.

M. Richelot. — Il faut quelquefois, pour abaisser le rectum, sectionner la partie inférieure du méso-rectum ; c'est ainsi que le rectum, dont on sacrifie de la sorte quelques vaisseaux, mal nourri, se sphacèle dans une petite étendue ; alors l'élimination de l'eschare entraîne la suppuration ?

M. Zancarol. — Qu'importe la suppuration, puisque le résultat définitif est aussi bon que s'il y avait eu réunion par première intention ?

Polype glandulaire du rectum.

M. Deny (d'Ypres). — Un malade portait à l'anus une tumeur ovalaire, longue de six centimètres, large de cinq, ayant douze centimètres de circonférence, rouge, charnue, lohulée, insérée par un pédicule très étroit, de un millimètre de diamètre, sur le tiers inférieur de la face antérieure du rectum. Il y avait du ténesme, des hémorrhagies ; la tumeur ne sortait qu'au moment des défécations. Au moment où j'allais opérer le malade, le pédicule resta dans les mains de mon aide ; il y eut de suite une hémorrhagie abondante et le malade tomba en syncope. Je dus faire la dilatation immédiate de l'anus et pratiquer le tamponnement rectal. Le troisième jour, j'enlevai les tampons. La guérison fut parfaite. Au résumé, polype glandulaire remarquable par son volume et par la vascularité énorme de son grêle pédicule.

Staphylorrhaphie facile.

M. Félizet. — Ce n'est un mystère pour personne que la réunion manque souvent, après la suture médiane du voile du palais, dans la staphylorrhaphie. Cet accident reconnaît plusieurs causes: l'insuffisance de l'avivement dû à ce que les lambeaux sont étroits et qu'on tient à en détruire le moins possible; les contractions du voile chez les malades indociles ou chez ceux qui ont des nausées et des vomissements; la tension de ce voile qui, trop court, est tiraillé par les fils; enfin, l'infection de la plaie par les microorganismes de la bouche, infection favorisée du reste par les mauvaises conditions où se trouve placée la suture. Aussi que de procédés n'a-t-on pas inventés depuis Roux pour soulager cette suture et donner au voile une amplitude qui lui manque souvent ! Tous sont insuffisants; les incisions latérales de Dieffenbach et de Fergusson, les myotomies de Sédillot, la section des piliers et des péristaphylins améliorent seulement les conditions, mais, malgré elles, la réunion fait défaut quand les amarres fatiguent. Et l'arsenal chirurgical, l'a-t-on assez perfectionné, fils, aiguilles, spatules de différentes courbures! L'instrumentation est excellente, mais c'est l'étoffe qui fait défaut, et qui fait défaut au point que devant les nombreux insuccès de cette opération, nous en avions pour ainsi dire, il y a quelques années, abandonné le monopole à Trélat qui la pratiquait avec une rare perfection, mais qui avait, malgré tout, des échecs.

Le hasard m'a guidé. J'ai observé récemment trois plaies graves et étendues du voile du palais, véritables délabrements qui se sont comblés en huit jours et dont la réparation, au bout de deux semaines, était si complète que le voile avait repris sa mobilité et sa souplesse.

Alors, j'ai pensé qu'en matière de staphylorrhaphie on pouvait, pour assurer la parfaite coaptation des deux lambeaux, faire de grands sacrifices apparents. Voici comment j'opère : d'abord j'avive largement les bords de la division qui doivent être réunis sur la ligne médiane, — *premier temps*. — Puis, je fais ensuite une transfixion totale (je dis totale, cela est très important) du voile du palais, sous forme d'une incision circulaire à concavité interne. Cette incision doit être double, naturellement, complète, régulière et symétrique ; pour la faire, on saisit fortement le voile, on le tire

et on le fixe; j'ai fait construire à cet usage un instrument commode. — *second temps.* — Il n'y a pas d'hémorrhagie, car, s'il coule un peu de sang, l'hémostase se fait spontanément et facilement. Cela fait, les deux moitiés du voile tombent inertes, flasques, flaccides; je fais alors la suture, — *troisième temps,* — ce qui est très facile, de quelque aiguille qu'on se serve, et très rapide. Les suites opératoires sont tout à fait simples. Vingt-quatre heures après, la haie creusée dans le voile par l'opération, baie où pénétrait l'extrémité du petit doigt, est bouchée par l'œdème et la tuméfaction de la région. Après 8 ou 10 jours, époque à laquelle j'enlève les fils, c'est à peine si on voit la trace de cette énorme perte de substance. Puis le voile, qui reste inerte pendant une semaine, reprend ses mouvements, et sur le malade que je vous présente la guérison est si parfaite que rien n'indique le point où j'ai pratiqué la transfixion. Au total, voilà une opération facile, qui supprime les tiraillements du lambeau, la fatigue des sutures, les mouvements et les contractions du voile et qui, par conséquent, en assurant les malades d'une guérison rapide et sûre, nous permettra désormais de les faire bénéficier de l'intervention chirurgicale plus tôt que nous l'avons fait jusqu'à ce jour.

Erratum. — Dans notre dernier compte rendu, pour la communication de M. Demons (de Bordeaux), lire : *Peut-être avais-je employé un bouton trop gros*, au lieu de : *un bistouri trop gros*.

Pierre Sebileau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 octobre.

Action de l'exercice vélocipédique modéré sur la diathèse urique et l'alhuminurie liée à une sclérose du rein.

M. A. Robin communique deux observations où sont consignés les effets produits par l'exercice vélocipédique, dans les cas de diathèse urique et d'alhuminurie.

Dans la première observation, il s'agit d'un homme atteint de gravelle urique et oxalique, chez lequel les dépôts urinaires diminuèrent notablement à la suite d'un usage modéré de la hicyclette (cet homme faisait une course de trois quarts d'heure, chaque matin, sur un terrain plat et uni).

On fit l'analyse des urines avant, pendant et après cet exercice, et on nota une diminution de l'acide urique, qui, de 1,046, était tombé à 0.67. Les variations subies par les autres principes de l'urine étaient insignifiantes.

Il faut en conclure que l'exercice modéré de la hicyclette diminue notablement la formation de l'acide urique. On ne saurait, en effet, accuser l'excrétion de l'acide urique puisque cette excrétion est la même pendant la période de repos et pendant la période d'exercice du sujet.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme, âgé de 44 ans, athéromateux, qui a des traces d'albumine dans son urine depuis près d'un an et qui est très probablement atteint d'un commencement de sclérose du rein.

Cet homme s'est livré aux mêmes exercices que le précédent. Son urine a été analysée dans les mêmes conditions et on a trouvé les quantités suivantes d'albumine :

Avant	0 gr. 175	milligr.
Pendant	0 — 380	—
Après	0 — 162	—

Il convient donc de déconseiller l'usage de la hicyclette aux personnes qui présentent de l'albumine dans les urines, du moins quand on suppose que cette albumine est due à un commencement de sclérose du rein.

Variole à Paris.

M. Hervieux signale l'absence de décès causés par la variole, depuis cinq semaines, dans la ville de Paris. Le fait est à noter. Il y a quinze ans qu'il n'avait pas été observé. On pouvait cependant s'attendre à une grave épidémie. lorsque l'on vit l'an dernier que la mortalité des premières semaines était en tous points semblable à la mortalité du début des épidémies antérieures. Mais le mal a été conjuré, grâce aux mesures prises, par la ville de Paris, pour la revaccination à domicile et la désinfection des locaux contaminés, grâce aux nombreuses opérations vaccinales faites de tous côtés, et, en particulier, par le service vaccinal de l'Académie.

Le « surpeuplement » des habitations à Paris.

M. Bertillon lit sur ce sujet un rapport dont voici le résumé :

Un logement est encombré ou *surpeuplé* toutes les fois que le nombre de ses habitants dépasse le double des pièces qui le composent. Il y a, à ce compte-là, à Paris, 332,000 personnes qui vivent dans l'encombrement. Ce chiffre représente 14 0/0 de la population. La plupart des grandes villes de l'Europe ne sont guère mieux partagées que Paris. Le *surpeuplement* est de 28 0/0 à Berlin et à Vienne, de 46 0/0 à Saint-Pétersbourg, de 71 0/0 à Budapest.

Il est à noter que, dans la ville de Paris, cette proportion varie beaucoup d'un arrondissement à l'autre. Les arrondissements où elle est la plus grande sont aussi ceux de plus grande mortalité, ceux dans lesquels les maladies transmissibles et la phtisie pulmonaire. en particulier, se développent le mieux.

Il faudrait, pour remédier à cet état de choses, favoriser la construction de maisons ouvrières.

Action de la quinine sur l'influenza.

M. Massé (de Toulouse) communique le résultat de ses recherches expérimentales et cliniques sur la médication de l'influenza, d'après lesquelles la quinine exercerait une action préventive et frénatrice sur les manifestations de l'infection grippale.

La quinine, prescrite à doses élevées, aurait surtout pour effet de modifier heureusement les phénomènes d'intoxication et de fortifier l'organisme contre l'invasion des infections secondaires parmi lesquelles la pneumonie occupe la première place.

M. Massé a guéri par cette médication quinique deux cas de pneumonie grippale grave sur trois qu'il a observés.

J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 octobre.

Kyste hydatique du foie ouvert dans le péritoine.

MM. Debove et Soupault communiquent l'observation et le résultat de l'autopsie d'une malade chez laquelle ils avaient diagnostiqué, il y a environ deux ans, un kyste du foie ouvert dans le péritoine.

Au commencement de cette année, la malade est rentrée dans le service avec de la fièvre vespérale et une anorexie complète. La fosse iliaque gauche était le siège d'une tuméfaction légère. De plus, on sentait, à deux ou trois centimètres au-dessus du pli de l'aine gauche, des masses dures irrégulières. On fit le diagnostic de greffe hydatique péritonéale et de kystes hydatiques suppurés. La tumeur de la fosse iliaque fut ponctionnée et on retira 20 grammes de pus jaunâtre qui ne contenait aucun débris d'hydatides. La malade fut confiée à un chirurgien. On fit une incision de l'abdomen sur la ligne médiane et on tomba sur une poche, presque vide de pus, qui se prolongeait du côté du cul-de-sac recto-vaginal. On gratta la paroi de cette poche, on plaça un drain, mais la malade mourut le jour même de l'opération.

A l'autopsie, péritoine sain, sans ascite. Mais dans le bassin on rencontre. outre la poche kystique grattée au moment de l'opération, une quinzaine de kystes, de volume variable, contenant un liquide incolore dans lequel nageaient de nombreuses vésicules hydatiques. Il y avait enfin, à la face inférieure du foie, un kyste du volume d'une orange à parois épaisses et de coloration jau-

nàtre. Ce kyste renfermait du pus; mais pas d'hydatides. Il n'y avait enfin aucune trace de trajet fistuleux faisant communiquer le kyste avec le péritoine ni avec les voies biliaires.

Erythème scarlatiniforme desquamatif.

M. Siredey rapporte l'observation d'un malade atteint d'érythème scarlatiniforme. Cet érythème fut d'abord pris pour une éruption de scarlatine. Il évolua normalement et fut d'abord suivi d'une desquamation abondante et lente, ensuite de l'exfoliation de l'épiderme de nouvelle formation. Avant la fin de la desquamation il se fit sur divers points du corps une véritable éruption de furoncles.

Mais on sut que huit jours avant d'entrer à l'hôpital, le malade s'était fait une friction d'onguent napolitain sur la région pubienne, et l'on en conclut à l'origine mercurielle de l'éruption.

On expérimenta en plaçant un pansement humide, au sublimé à 1/2000e, sur des furoncles de la main. Vingt-quatre heures plus tard, le bras était le siège d'un érythème scarlatiniforme intense. L'expérience renouvelée plusieurs fois avec différentes préparations donna constamment les mêmes résultats; tandis que les pansements humides, à l'eau simple ou à l'eau phéniquée à 1/20e ne provoquèrent aucune éruption.

Il était donc évident que ce malade avait une impressionnabilité extrême vis-à-vis du mercure qui confirmait le diagnostic étiologique auquel on avait d'abord pensé.

M. Siredey pense que nombre d'éruptions sont souvent le fait de l'emploi de certains médicaments. Telles les éruptions scarlatiniformes de la fièvre typhoïde qui relèveraient peut-être du salol, du calomel ou de pansements au sublimé. Ces erreurs sont d'autant plus facilement commises qu'il suffit, très souvent, d'une dose extrêmement faible de ces médicaments pour provoquer de sérieux accidents.

Péristaltisme stomacal chez l'homme.

M. Hanot et Meunier. — Normalement, l'estomac de l'homme ne s'exerce qu'au moment de la digestion. Encore est-il latent. Dans certains cas pathologiques, il peut être le siège de mouvements rythmiques permanents rendus apparents à travers la paroi abdominale. Dans ces cas-là, plus la cavité abdominale est remplie et plus vivement l'estomac se contracte. Les contractions se font suivant le mode péristaltique : les ondes contractiles cheminent du cardia vers le pylore, interceptant entre elles un segment d'organe en état de relâchement et entraînant vers l'orifice pylorique le contenu de la poche ainsi fermée. On observe parfois des ondes antipéristaltiques qui partent du pylore. Elles sont inconstantes et toujours avortées.

Quelle est la cause de ce péristaltisme? On pourrait s'en prendre à la sténose de l'orifice pylorique si les faits suivants ne s'opposaient à cette théorie. Il y a des cas innombrables où il a été dûment constaté une occlusion pylorique sans qu'on ait pour cela remarqué de péristaltisme stomacal apparent. Il y a, enfin, des cas dans lesquels le péristaltisme existait en l'absence de toute sténose.

A l'appui de ces considérations, l'orateur rapporte l'observation d'une femme de soixante-quatre ans, atteinte de cancer, qui a présenté un péristaltisme stomacal très intense. Il est probable que, dans ce cas, le cancer ayant eu une marche très rapide (six mois), le péristaltisme a été la conséquence de la sténose pour ainsi dire subite du pylore. L'estomac ayant été entravé brusquement dans ses fonctions motrices, alors que son système nerveux était en pleine activité, le muscle s'est tétanisé, luttant obstinément contre un obstacle auquel il n'était pas préparé, et il n'a cessé ses contractions qu'après épuisement. Cette explication, suggérée par la marche rapide du cancer, mérite d'être contrôlée par de nouvelles observations.

Maladie de Basedow améliorée par l'ingestion de glande thyroïde.

M. J. Voisin relate l'observation d'une femme de trente-deux ans, atteinte de maladie de Basedow et à laquelle il a fait prendre chaque jour, en deux fois, avant chaque repas, 6 à 8 grammes de glande thyroïdienne de mouton. Quinze jours d'un tel traitement avaient amené chez la malade une amélioration notable : battements du cœur plus réguliers et tombés de 130 à 100 pulsations; disparition de l'œdème des jambes; diminution du volume du goitre et de l'exophtalmie.

La malade continue à ingérer chaque jour des fragments de glande thyroïde en ayant soin de suspendre cette médication toutes les trois semaines pendant une dizaine de jours.

En somme, elle continue d'être améliorée. Elle ne présente guère plus que du gonflement du cou et de l'exophtalmie.

M. Dreyfus-Brisac pense que ce traitement ne doit pas être appliqué à tous les cas de maladie de Basedow. Dans tous les cas où l'orateur a pu observer les effets de ce traitement, il a remarqué une aggravation des symptômes de la maladie.

M. Béclère pense, de même, que l'ingestion de glande thyroïde est plutôt susceptible d'aggraver la maladie de Basedow.

M. Goldschmidt (de Strasbourg) lit un travail sur le traitement de la diphtérie par le perchlorure de fer donné à l'intérieur.

La séance est levée. J. P.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 octobre.

Bouffées de chaleur et rougeurs morbides.

M. Féré. — Il y a une grande différence à établir entre les rougeurs morbides et les bouffées de chaleur. On sait que certains individus rougissent à la moindre émotion; c'est cette aptitude spéciale qui constitue la rougeur morbide. C'est un réflexe cérébral.

La bouffée de chaleur est un réflexe spinal par suite d'une excitation viscérale quelconque, il se manifeste une sensation de chaleur en dehors de tout phénomène de conscience.

M. Féré cite, à cette occasion, une jeune fille de vingt-trois ans sujette à des rougeurs de la face à chaque émotion, et chez qui des bouffées de chaleur accompagnent les périodes digestives.

Mesure de la chaleur que produit un animal.

MM. Butte et Deharbe présentent une nouvelle méthode calorimétrique. Elle consiste à mesurer la chaleur rayonnée produite par un animal placé dans un calorimètre en cuivre à double paroi, en produisant un certain effet de dilatation, et à substituer à cet animal une source de chaleur facilement mesurable et d'intensité telle qu'elle produise le même effet de dilatation. Un thermomètre très sensible donne l'effet de dilatation, et la source de chaleur mesurable est représentée par un courant électrique traversant une résistance connue. Il suffira de mesurer cette source de chaleur pour avoir la quantité de chaleur émise par l'animal. Pour se servir de cette méthode, on met l'animal dans le calorimètre et on l'y laisse jusqu'à ce que le thermomètre reste fixe, ce qui se produit au moment où le calorimètre rayonne autant de chaleur qu'il en reçoit; à ce moment, on met dans le calorimètre la résistance chauffante, envers laquelle on manœuvre comme envers l'animal. Une simple lecture et une multiplication donnent le résultat.

Anatomie pathologique des fibrômes utérins.

M. Pilliet dit que, dans presque tous les fibromyômes utérins, même dans ceux qui paraissent les plus bénins, on voit des éléments se rapprochant des sarcômes. Aussi l'on comprend que les chirurgiens ont si souvent vu la dégénérescence sarcomateuse de ces tumeurs.

Balnéation prolongée des membres.

M. Leredde fait une communication sur la balnéation prolongée des membres. Celle-ci pourrait être suivie de lipothymie, aussi faut-il l'éviter chez les cardiaques.

M. Féré présente deux poulets de 54 et 57 jours, venant d'œufs ayant reçu une injection d'alcool éthylique dans l'albumen. Leur volume est inférieur à celui des poulets de même âge et de même espèce.

MM. Mairet et Bosc (de Montpellier) communiquent la suite de leurs recherches sur les causes de la toxicité du sérum du sang.

M. Gréhart présente, au nom de MM. Coustan et Œchsner de Coninck (de Montpellier), un travail relatif à un cas de surmenage intellectuel, au point de vue clinique et chimique. J. P.

LES LIVRES

G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Traité élémentaire de Clinique thérapeutique, par le Dr Gaston Lyon, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. Un volume grand in-8° de 966 pages, prix : 15 fr.

La publication de ce *Traité élémentaire de Clinique thérapeutique* sera, nous n'en doutons pas, favorablement accueillie par le public médical qui, depuis longtemps, attendait un ouvrage de ce genre.

« Il nous a semblé utile, dit l'auteur, de présenter dans un tableau court, mais suffisamment complet, l'état actuel de la thérapeutique, et d'enregistrer fidèlement les transformations successives subies par elle ; nous avons pensé combler ainsi une lacune de notre littérature médicale, car, s'il existe de nombreuses monographies traitant de sujets limités, il manque un travail d'ensemble, résumant toute la thérapeutique contemporaine et permettant au médecin de se rendre un compte rapide de son évolution dans ces dernières années.

Nous avons suivi le plan le plus simple, c'est-à-dire que nous avons adopté le classement des maladies par appareils ; mais nous ne nous sommes pas borné à l'étude des maladies, nous avons tenté celle du traitement des principaux symptômes et syndromes, ce qui n'avait pas encore été fait... »

Dans ce Traité, à côté du traitement des maladies, existe donc l'indication du traitement des grands syndromes morbides, avec un aperçu des moyens cliniques permettant de faire le diagnostic de leurs causes, de telle sorte que la clinique et la thérapeutique s'y trouvent associées de la façon la plus heureuse et la plus profitable pour le praticien.

Il est à peine besoin d'indiquer que ce Traité donne la note exacte de l'état actuel de la science; les acquisitions les plus récentes de la thérapeutique, les progrès réalisés par elle, grâce aux découvertes bactériologiques, s'y trouvent mentionnés ; aussi de nombreuses pages sont-elles consacrées au *traitement alimentaire et hygiénique* des maladies, qui joue un rôle si prépondérant en thérapeutique ; aux grands moyens de traitement des maladies infectieuses, c'est-à-dire à la balnéation réfrigérante, à l'antisepsie interne, etc... Si l'auteur n'a pas cru devoir mentionner tous les essais de sérumthérapie, qui ne sont pas encore suffisamment consacrés par la pratique, il a du moins laissé entrevoir l'importance que semble devoir prendre à bref délai cette branche de la thérapeutique.

De nombreuses formules sont annexées à cet ouvrage; elles font corps avec le texte, au lieu d'être rejetées à la fin du volume comme dans la plupart des ouvrages similaires; cette disposition sera bien accueillie des médecins qui désirent trouver, à côté des indications thérapeutiques, les moyens pratiques de s'y conformer. Ces formules ne sont pas empruntées à l'ancienne et complexe pharmacopée, toutes ont été choisies avec soin par l'auteur, parmi celles qu'emploient journellement les maîtres contemporains et sont présentées sous le couvert de leur autorité.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 29 OCTOBRE AU 3 NOVEMBRE 1894

Examens

Lundi 29 octobre. — 1er (1re série) : MM. Baillon, Henriot, Weiss. — 1re (2e série) : MM. Lutz, Villejean, André. — 2e Oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Retterer, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Déjerine, Sebileau. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Lejars, Ricard. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Terrier, Delbet, Jalaguier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Chauffard, Gaucher.

Mardi 30 octobre. — 1er (1re série) : MM. Gariel, Henriot, André. — 1er (2e série) : MM. Lutz, Blanchard, Weiss. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Chantemesse. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Le Dentu, Schwartz, Brun. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Cornil, Marfan, Marie. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Debove, Gilbert, Ménétrier.

Mercredi 31 octobre. — *Médecine opératoire* : MM. Farabeuf, Poirier, Sebileau. — 1er (1re série) : MM. Gautier, Hanriot, Blanchard. — 1er (2e série). MM. Baillon, Lutz, André. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Retterer, Weiss. — 4e : MM. Potain, Landouzy, Gaucher.

Samedi 3 novembre. — 1er : MM. Gariel, Villejean, André. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Nélaton. — 2e (2e partie) : MM. Pouchet, Ballet, Roger. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Hallopeau, Charrin. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Panas, Le Dentu, Albaran. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Joffroy, Gilbert, Marie. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Cornil, Chantemesse, Ménétrier. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchement, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses

Mercredi 31 octobre, à 1 heure. — *M. Someil* : Les abcès musculaires dans la fièvre typhoïde. — *M. Villain* : Essai sur les névralgies à distance dans les affections utérines. — *M. Darfeuille* : Déplacements de la rate avec torsion du pédicule.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Faculté de médecine de Paris.

École pratique. — Exercices de dissection

Sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie.

Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au bureau du chef de matériel, de midi à 4 heures.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 15 octobre.

Les élèves qui prennent part à ces démonstrations sont invités à se faire délivrer la 5e inscription, s'ils veulent conserver leur place et être admis à l'examen d'ostéologie.

Les pavillons de dissection seronts ouverts à partir du lundi 12 novembre, tous les jours, de midi à 4 heures.

Les prosecteurs chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Il font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

a) Les étudiants de 1re année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

b) Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de 2e et de 3e années ; les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le 2e examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué 2 semestres d'hiver complets.

c) Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant :

1° Elèves obligés, 2e et 3e années ; 2° élèves non obligés et docteurs (suivant le date de leur inscription à l'Ecole pratique).

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'Anatomie, s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef de matériel et n'a reçu une carte d'entrée.

Ce bureau, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à 4 heures, jusqu'au 15 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter :

1° Sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté (5e inscription pour 2e année, 9e inscription pour 3e année, inscriptions prises aux dates indiquées par l'affiche spéciale du 1er trimestre 1894-1895.)

2° La quittance constatant le paiement des droits.

Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'Ecole pratique d'Anatomie sans une décision spéciale.

Hôpitaux.

CONCOURS DE L'INTERNAT

La question sortie de l'urne a été : *Voies biliaires intra et extra-hépathiques; symptômes et complications de la lithiase biliaire.* Les deux autres questions étaient : *Enveloppes des testicules, des orchites infectieuses; Veine porte, complications du diabète sucré.*

CONCOURS DES MÉDAILLES D'OR

Jury de chirurgie : Gérard-Marchant, A.-H. Marchand, Guyon, Troisier, Doléris.

Jury de médecine : Danlos, Thibierge, H. Martin, Gilbert, Tillaux.

Un asile pour les idiotes.

Le Conseil général de la Gironde vient de voter un projet de création à l'asile des aliénés de Bordeaux d'un quartier pour les jeunes filles idiotes. Dix lits seront affectés aux indigents. On y emploiera la médico-pédagogique.

La sérumthérapie dans la diphtérie.

Le Conseil général des Bouches-du-Rhône vient d'adopter une proposition de MM. Chevillon et Flaissières autorisant le préfet à étudier l'établissement à Marseille d'un laboratoire permettant de se procurer le sérum antidiphtéritique de M. Roux. Un crédit provisoire de 10,000 fr. et l'urgence ont été votés.

Le Conseil général des hospices de Lyon vient, de son côté, de voter un crédit pour permettre l'application de la médication de M. Roux aux diphtériques des hôpitaux lyonnais.

Le nitrate mercureux.

On s'est servi jusqu'ici, comme procédé usuel, de « nitrate mercureux » pour argenter soi-même différents ustensiles de ménage.

Sur la protestation des membres du conseil supérieur d'hygiène, les préfets ont reçu l'instruction de comprendre ce produit parmi les substances vénéneuses dont la vente doit être l'objet d'une surveillance régulière et d'une ordonnance médicale.

Elle ne pourra donc être débitée dans les établissements non soumis à l'inspection annuelle des drogueries et pharmacies.

Société de Médecine de Paris.

PRIX DUPARQUE

Article premier. — La Société de Médecine de Paris, mettant à profit le legs que lui a généreusement fait un de ses membres les plus regrettés, institue un prix qui, sous le nom de Prix Duparque, sera décerné tous les deux ans au meilleur travail manuscrit, écrit en langue française, à la condition toutefois qu'il n'ait pas été ni publié, ni déjà récompensé.

Art. 2. — La Société se réserve le droit de désigner le sujet mis au concours toutes les fois qu'elle le jugera convenable.

Art. 3. — Les membres titulaires et honoraires de la Société sont seuls exclus du concours.

Art. 4. — Le concours est ouvert chaque fois le 1er octobre de l'année qui précède celle dans lequel le prix doit être décerné.

Art. 5. — Les manuscrits destinés au concours doivent être parvenus au secrétariat le 1er octobre, dernier délai de l'année dans laquelle le prix doit être décerné.

Art. 6. — Dans la première séance qui suit la clôture du concours la Société procède à l'élection (au scrutin secret) de cinq membres titulaires, qui seront chargés de juger les manuscrits envoyés au concours et de présenter sur eux un rapport général dans la première séance du mois de décembre suivant; les conclusions de ce rapport seront discutées et votées dans la même séance.

Art. 7. — Le prix consiste dans une somme de 600 fr. ; si le prix n'est pas décerné, des primes d'encouragement pourront être accordées aux mémoires qui en seront jugés dignes.

Art. 8. — La totalité de la somme non distribuée à l'un des concours sera ajoutée à celle à distribuer lors du concours suivant; en ce cas, plusieurs prix pourront être accordés, mais le montant de chacun d'eux ne sera jamais inférieur à 600 francs ; des primes d'encouragement pourront être aussi distribuées.

Art. 9. — Le prix ou les primes d'encouragement s'il y a lieu seront décernés tous les deux ans en séance publique et solennelle, quinze jours après le dépôt du rapport.

Pour les renseignements, s'adresser au secrétaire général de la Société.

Le sujet mis au concours est une question de gynécologie laissée au choix du candidat.

Les manuscrits devront être remis au secrétariat le 1er octobre 1895, dernier délai.

La somme à distribuer est de 2,400 francs.

XIIIe Exposition de Bordeaux, 1895.

Le réglement général de l'Exposition publié au mois de janvier portait (Art. 3) que les demandes d'admission d'exposants devraient parvenir au Secrétariat général de la Société Philomathique avant le 1er octobre 1894.

Nous rappelons que cette date a été modifiée et que le délai de réception de ces demandes a été reporté jusqu'au 31 décembre 1894.

Il importe néanmoins que les personnes désireuses de figurer à l'Exposition de Bordeaux se fassent connaître dans le plus bref délai possible, en envoyant dès maintenant leur bulletin de demande d'admission revêtu de toutes les indications susceptibles de fixer la Société Philomathique sur leurs intentions, notamment au sujet de l'espace et des emplacements qu'elles désirent occuper.

Ces bulletins, ainsi que tous autres documents, sont tenus à la disposition des intéressés dans les bureaux de la Société, 4, cours du XXX Juillet, ou leur seront expédiés sur demande adressée au Secrétariat général.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Le Dr Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra à sa clinique, 52, rue Jacob, son cours public et gratuit sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, le mardi 13 novembre, à 3 h., et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure.

Examen des malades et opérations à partir de 3 h. 1/2.

On s'inscrit pour les exercices pratiques, les mêmes jours, à la clinique, de 3 h. à 5 h.

Clinique ophtalmologique.

MM. les Drs Rochon-Duvigneaud et A. Terson recommenceront le samedi 17 novembre, à 5 heures du soir, à l'Hôtel-Dieu, leur cours pratique d'ophtalmologie comprenant :

1° Examen fonctionnel de l'œil et réfraction, ophtalmoscopie clinique (avec malades);

2° Anatomie normale et pathologique, bactériologie clinique (au laboratoire).

Exercices de médecine opératoire.

Durée du cours : environ six semaines. S'inscrire d'avance à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, tous les matins.

NOTES D'ANATOMIE, DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE

LES MUSCLES DE L'AVANT-BRAS

(Notions générales.)

Les muscles de l'avant-bras forment deux groupes parfaitement distincts : l'un est *antéro-interne*, l'autre *postéro-externe*. Le premier est le groupe fléchisseur; le second est le groupe extenseur.

La masse du groupe fléchisseur peut être décomposée en deux couches : la *couche superficielle*, qui prend insertion à l'épitrochlée (les muscles qui la forment sont donc des muscles huméraux), et la *couche profonde* qui s'attache sur les os de l'avant-bras (les muscles qui la forment sont donc des muscles radio-cubitaux).

La masse du groupe extenseur peut être décomposée en deux couches : la *couche superficielle* qui prend insertion à l'épicondyle (les muscles qui la forment sont donc des muscles huméraux) et la *couche profonde* qui s'attache sur les os de l'avant-bras (les muscles qui la forment sont donc des muscles radio-cubitaux).

Pourquoi la couche superficielle des muscles fléchisseurs s'insère-t-elle sur l'épitrochlée et la couche superficielle des muscles extenseurs à l'épicondyle? Parce que les muscles fléchisseurs, qui sont des muscles *antérieurs*, doivent naturellement s'insérer sur celle des deux apophyses qui saille le plus *en avant*, c'est-à-dire sur l'épitrochlée, tandis que les muscles extenseurs, qui sont des muscles *postérieurs*, doivent naturellement s'insérer sur celle des apophyses qui saille le plus *en arrière*, c'est-à-dire sur l'épicondyle.

De ce que les muscles fléchisseurs superficiels s'attachent en dedans et sont obligés de se porter ensuite en bas et en avant, il résulte que tous ces muscles sont plus ou moins obliques en bas, en avant et en dehors : aussi l'artère cubitale, dans son tiers supérieur, est-elle profondément cachée sous eux. De ce que les muscles extenseurs superficiels s'attachent en dehors et sont obligés de se porter ensuite en bas et en arrière (au moins pour la plupart), il résulte que tous ces muscles sont plus ou moins obliques en bas, en arrière et en dedans : aussi l'artère radiale, dans son tiers supérieur, est-elle, pour ainsi dire, à découvert.

Il y a de grandes analogies de disposition et d'insertion entre les muscles antérieurs ou fléchisseurs-pronateurs et les muscles postérieurs ou extenseurs-supinateurs.

1° Couche superficielle.

A. Couche superficielle des fléchisseurs-pronateurs. — Il existe, en dedans et en avant : 1° un muscle pronateur, le *rond pronateur*, qui s'attache en has sur le *radius* (tous les muscles de la pronation et de la supination s'attachent en has sur le radius); 2° un muscle qui fléchit directement la main, le *petit palmaire*, qui s'insère sur le carpe et le métacarpe médians par l'intermédiaire du ligament annulaire et de l'aponévrose palmaire; 3° un muscle qui fléchit la main et la porte en dehors, le *grand palmaire*, qui se fixe sur le métacarpe externe (second métacarpien); 4° un muscle qui fléchit la main et la porte en dedans, le *cubital antérieur*, qui s'insère sur le métacarpe interne (cinquième métacarpien) ; 5° un muscle qui fléchit les doigts, le *fléchisseur commun superficiel*, qui s'implante sur les secondes phalanges.

B. Couche superficielle des extenseurs-supinateurs. — Il existe en dehors et en arrière : 1° un groupe supinateur, le *long supinateur* et le *court supinateur*, qui s'attachent en has sur le radius (tous les muscles de la supination et de la pronation s'attachent en bas sur le radius) — à noter que le long supinateur n'est supinateur que dans la pronation forcée; — 2° un muscle qui étend directement la main, le *second radial externe*, qui s'insère sur le métacarpe médian (troisième métacarpien) ; 3° un muscle qui étend la main et la porte en dehors, le *premier radial externe*, qui se fixe sur le métacarpe externe (second métacarpien) ; 4° un muscle qui étend la main et la porte en dedans, le *cubital postérieur*, qui s'insère sur le métacarpe interne (cinquième métacarpien) ; 5° un muscle qui étend les doigts, l'*extenseur commun superficiel* (dont l'extenseur du petit doigt n'est qu'un faisceau séparé) qui s'implante sur les secondes phalanges.

Rien à dire de l'anconé : c'est un muscle du bras; il est la continuation du triceps brachial.

Il est facile de se rappeler l'insertion de tous ces muscles ; elle est indiquée par l'action de chacun d'eux.

2° Couche profonde.

A. Couche profonde des fléchisseurs-pronateurs. — Il existe en avant : 1° un muscle qui fléchit les doigts, le *fléchisseur profond des doigts*, qui s'attache en haut sur le cubitus — face antérieure, naturellement, — et, en has, sur la troisième phalange; 2° un muscle qui fléchit le pouce, le *long fléchisseur propre du pouce*, qui s'insère en haut sur le cubitus et, en bas, sur la phalange unguéale du premier doigt.

B. Couche profonde des extenseurs-pronateurs. — Il existe en arrière : 1° un muscle qui étend les doigts, l'*extenseur commun profond*, qui s'attache en haut, sur le cubitus — face postérieure, naturellement, — et, en has, sur la troisième phalange. Mais ce muscle n'existe chez l'homme qu'à l'état d'exception, et toujours très atrophié ; c'est lui qu'on appelle le pédieux de la main ou manieux. A l'état normal, il ne reste de lui qu'un faisceau, l'*extenseur propre de l'index*; 2° un muscle qui étend le pouce, le *long extenseur du pouce*, qui s'insère en haut sur le cubitus par un important faisceau appelé *languette de Gantzer* (mais il s'attache aussi sur le radius) et, en has, sur la phalange unguéale du premier doigt.

Mais il y a, sur la face postérieure de l'avant-bras, deux muscles qui ne sont pas représentés à la face antérieure. Voici comment : il existe à la main une éminence thénarienne *palmaire* ; dans cette masse musculaire se sont groupés, entre autres, deux muscles : 1° l'un pour fléchir le pouce, le *court fléchisseur du pouce*; 2° l'autre pour porter le pouce en dedans, l'*opposant du pouce*. Or, il n'existe pas de contre-éminence thénarienne dorsale. Aussi, les muscles antagonistes de ceux dont je viens de parler se sont-ils transportés sur la face dorsale de l'avant-bras ; ce sont : 1° l'un pour étendre le pouce, le *court extenseur du pouce*; 2° l'autre, pour porter le pouce en dehors, le *long abducteur du pouce*.

Il est facile de se rappeler l'insertion de tous les muscles de la couche profonde antérieure et de la couche profonde postérieure.

D'abord en *avant* : Il y a deux muscles, le fléchisseur commun profond et le fléchisseur propre du pouce. Le premier est interne ; il s'insère donc sur le cubitus qui est interne. Le second est externe (puisqu'il appartient au pouce qui est externe) ; il s'insère donc sur le radius qui est externe.

Maintenant en *arrière* : Il y a d'abord en dehors les deux muscles anti-thénariens, puisqu'en avant l'éminence thénar est également en dehors ; puis vient le long extenseur du pouce, et enfin plus en dedans — naturellement — l'extenseur propre de l'index. Les deux premiers s'attachent au radius (os du dehors, puisqu'ils sont muscles du dehors) ; les deux seconds s'attachent au ligament interosseux et au cubitus (os du dedans, puisqu'ils sont les muscles du dedans).

Erratum. — Pour la question traitée dans le dernier numéro, au chapitre Pronostic, au lieu de : *Le diagnostic reste au total, etc.*, lire : *Le pronostic reste, au total, etc.*

X. Y.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie Schiller, 10, rue du Faubourg-Montmartre.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE : **La technique de la sérumthérapie** (Dr H. Méry).
NOTES D'ANATOMIE, DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE : **Rétrécissements de l'urèthre.**

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 44 — 3 Novembre 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef* : Dr Pierre SEBILEAU
Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Sérum antidiphtérique. — Son emploi dans le traitement de la diphtérie.

Par le Dr Henri Méry, ancien interne des hôpitaux.

Nous n'avons pas l'intention, dans cette revue, de faire l'historique de la découverte mémorable de Behring et de Roux ; nous laisserons de côté la partie purement scientifique et bactériologique de la sérumthérapie ; nous nous bornerons à réunir aussi exactement que possible les indications nécessaires aux médecins pour l'emploi du sérum antitoxique, en mettant à contribution la leçon si complète de M. Martin à l'Institut Pasteur, et les renseignements oraux que nous a très obligeamment fournis M. Pochon, interne des hôpitaux, chargé des inoculations de sérum à l'hôpital Trousseau.

Le sérum. — Le sérum antitoxique extrait, comme on le sait, de la veine jugulaire des chevaux immunisés, se présente sous l'aspect d'un liquide transparent d'un jaune clair, quelquefois un peu rougeâtre (sa coloration varie suivant l'animal qui l'a fourni) et un peu sirupeux. On le conserve dans des flacons de verre préalablement stérilisés, bouchés simplement avec un bouchon de caoutchouc. M. Roux, pour assurer la conservation du liquide, ajoute à chaque flacon un petit morceau de camphre, qu'on jette après l'avoir allumé dans le liquide où il s'éteint aussitôt.

Les flacons qui sont livrés aux médecins de la ville contiennent la dose correspondante à l'injection la plus habituelle, c'est-à-dire 20 centimètres cubes. On puise directement le liquide avec l'ajutage en caoutchouc adapté à la seringue. Dans les hôpitaux, à Trousseau et aux Enfants-Malades, comme on a besoin journellement d'une quantité relativement considérable de sérum, les flacons livrés à ces hôpitaux en contiennent une quantité plus considérable : 120 centimètres cubes. Le bouchon de caoutchouc de ces flacons est percé de façon à accepter un tube de verre qui plonge par son extrémité inférieure dans le sérum et qui, à son extrémité supérieure, est muni d'un petit tube de caoutchouc maintenu fermé par une pince de Moore. Si l'on veut puiser du sérum, on enlève la pince et on adapte l'extrémité métallique de l'ajutage à ce tube de caoutchouc et on n'a qu'à aspirer la quantité nécessaire. Ceci permet de ne pas déboucher le flacon à chaque prise. Ces précautions sont, nous l'avons dit, inutiles pour les flacons livrés aux médecins de la ville, qui ne contiennent que la dose nécessaire pour une injection.

Le sérum se conserve d'ailleurs facilement et pendant une période de temps assez longue. La limite de conservation n'est pas encore déterminée d'une façon précise; elle est certainement de huit à quinze jours au minimum, fait important qui permet le transport du précieux vaccin.

Seringue. — L'instrument qui sert à l'inoculation est une seringue stérilisable de 20 centimètres cubes. Le modèle fabriqué par M. Collin sur les indications de M. Roux se compose d'un corps de pompe cylindrique de verre soutenu par une armature métallique. Le tube de verre vient s'emboîter aux deux extrémités de cette armature; à ce niveau il est séparé du métal par deux coussinets en caoutchouc. Le piston de la seringue de M. Collin est formé, soit par un centre métallique recouvert par un anneau de caoutchouc, ou dans un autre modèle par deux disques de caoutchouc accollés par leur face convexe; il offre le désavantage de ne pouvoir être dégonflé et de faire continuellement pression sur le verre, ce qui facilite son usure rapide.

M. Roux a ajouté à la seringue un ajutage en caoutchouc formé par un tube de dix centimètres de long, du diamètre d'un drain de moyenne grosseur, qui s'intercale entre la seringue et l'aiguille; dans ce but, il est terminé à ses deux extrémités par des armatures métalliques s'adaptant à l'extrémité de la seringue et à la base de l'aiguille. Cet ajutage doit faire, pour ainsi dire, corps avec la seringue ; on doit l'en séparer aussi peu que possible, même pour la stérilisation. Son but est de permettre de puiser plus facilement le sérum et de pratiquer plus aisément les injections, dans le cas où on a devant soi un enfant rebelle. Il est important d'avoir pour ce tube du caoutchouc très épais; en effet, quand l'ajutage a bouilli plusieurs fois, étant donnée la

résistance quelquefois assez considérable des tissus, le caoutchouc peut éclater.

L'aiguille employée habituellement est en acier, de 4 à 5 centimètres de long, d'un diamètre un peu supérieur à celui des aiguilles à morphine ordinaires. M. Roux se sert d'ailleurs également des aiguilles de la seringue de Pravaz. M. Simal a modifié un peu cette seringue, de façon à lui permettre de mieux supporter la stérilisation. Le caoutchouc s'altère très rapidement, si on le soumet à l'ébullition répétée. M. Simal remplace le caoutchouc par une composition spéciale dont le caoutchouc et l'amiante forment la base, et qui supporte bien la stérilisation sèche ou humide à 120 degrés. Le piston est formé par une rondelle unique de cette matière, vissée à l'extrémité de la tige qui le fait mouvoir. Au moyen d'un pas de vis qui amène la compression de ce disque, on le dilate jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'adhérence parfaite du piston au verre et le vide soit assuré. On aura soin de ne gonfler le piston qu'au moment où on veut faire usage de la seringue et de le dégonfler aussitôt après; le piston conserve ainsi sa souplesse et ne s'use pas. Pour assurer le glissement du piston, on aura soin de temps en temps, quand besoin sera, de le rouler dans *la poudre de talc* (il faut éviter les corps gras et la vaseline). On introduit ensuite à nouveau le piston dans le corps de pompe et on enlève l'excès de poudre de talc, en rinçant plusieurs fois la seringue avec de l'eau.

Stérilisation de la seringue. — Avant de procéder à la stérilisation, on s'assurera toujours du bon fonctionnement de la seringue et de la perméabilité des aiguilles; puis, on placera dans un vase rempli d'eau la seringue et ses accessoires (ajutage, aiguilles). Cinq minutes de séjour dans l'eau bouillante suffisent pour assurer la stérilisation. On laisse ensuite refroidir la seringue (précaution nécessaire pour éviter la coagulation du sérum). On peut hâter ce refroidissement en versant de l'eau bouillie froide sur la seringue.

Il faut ensuite resserrer le pas de vis de façon à ce que le piston prenne bien contact avec le verre et fasse le vide; puis on aspirera le sérum au moyen de l'ajutage soit directement dans le flacon qui le contient, soit par l'intermédiaire du tube de verre qui traverse le bouchon des grands flacons.

Injection de sérum; manuel opératoire. — On peut maintenant pratiquer l'injection. Où doit-on la faire? Le lieu d'élection adopté par M. Roux est la région du flanc et des fausses côtes; d'une façon plus précise au-dessous de la dernière fausse côte. L'avantage présenté par cette région c'est la laxité de son tissu cellulaire sous-cutané qui se laisse facilement distendre. On prendra les soins habituels d'antisepsie de la peau; le plus simple est le lavage avec une solution de sublimé au millième.

On saisira la seringue chargée de la quantité de sérum que l'on veut injecter avec la main droite, le corps de pompe bien assujetti entre la paume et les trois derniers doigts; avec le pouce et l'index restés libres on prendra l'aiguille par sa base. De la main gauche on fait un pli à la peau du flanc et on enfonce l'aiguille à la base de ce pli, pas trop, pour ne pas dépasser le tissu cellulaire sous-cutané. Une fois l'aiguille enfoncée on l'abandonne; l'ajutage en caoutchouc permet de ne plus s'en préoccuper. On prend alors la seringue de la main gauche et avec la droite on pousse doucement le piston en imprimant, s'il est nécessaire, un léger mouvement de rotation.

On voit se former et augmenter à mesure qu'on pousse l'injection *une boule d'œdème* assez considérable *qu'on doit respecter, sans essayer de la faire disparaître par des frictions ou massages intempestifs*: elle disparaît d'elle-même en vingt à trente minutes. L'injection terminée on retire l'aiguille et on recouvre simplement la région de ouate hydrophile sans collodion (le peu de sérum qui s'échappe de la piqûre en tient lieu). Il faut ensuite laver aussitôt la seringue avec de l'eau bouillie froide et en faire passer à travers l'aiguille pour éviter d'y laisser du sérum qui se coagulerait. Il faut aussi desserrer le pas de vis pour éviter que le piston ne reste gonflé et enfin dévisser le plateau supérieur de la seringue pour empêcher la pression du verre sur les coussinets.

Tel est le manuel opératoire des inoculations de sérum antidiphtérique. Il n'y a à leur suite aucune réaction locale.

Réaction générale. — La réaction générale est au contraire très nette; on l'observera dans toute sa pureté chez les individus vaccinés préventivement. Elle apparaît dans les vingt-quatre premières heures, quelquefois au bout de douze heures; elle se traduit par une élévation très notable de la température de un à deux degrés et une accélération parallèle du pouls qui atteint 120 à 130. La chute de la température se fait généralement au bout de vingt-quatre heures, l'accélération du pouls persiste souvent un peu plus.

Application du sérum au traitement de la diphtérie. — La première inoculation doit être faite dès qu'on soupçonne la diphtérie, avant même qu'on ait eu le temps d'avoir la confirmation bactériologique. Le diagnostic bactériologique demande en effet vingt-quatre heures et souvent perdre vingt-quatre heures dans une diphtérie, c'est tout perdre. L'inoculation n'ayant aucun effet fâcheux, il est indifférent de la faire à un sujet non diphtérique, c'est une vaccination qui pourra même lui être fort utile s'il est dans un milieu diphtérique. La première inoculation chez l'enfant sera toujours de 20 centimètres cubes.

Chez l'adulte on devra donner de 30 à 40 centimètres cubes. Il vaut mieux en ce cas faire deux piqûres, une à chaque flanc.

Si le diagnostic bactériologique vient confirmer les prévisions cliniques, les inoculations seront continuées dans la mesure nécessaire pour l'intensité de la maladie et d'après une série d'indications fournies par les divers symptômes présentés par le malade.

Modifications produites par le sérum dans l'évolution et les symptômes de la diphtérie. — Mais, avant de passer à ces indications, nous voulons esquisser rapidement les modifications amenées par l'action du sérum dans les signes et la marche de la diphtérie.

Rappelons d'abord que les modifications dont nous allons parler n'apparaissent pas immédiatement après la première piqûre : il faut un certain temps à l'antitoxine pour neutraliser les toxines diphtériques. Les premières modifications n'apparaissent guère qu'au bout de vingt-quatre heures, coïncidant avec la réaction générale signalée plus haut. Dans les cas bénins l'action peut devenir manifeste au bout de douze heures. Dans les cas sérieux il faudra au

contraire trente-six heures. On peut dans cette première période avoir à enregistrer des morts, surtout chez des malades où la sérothérapie sera tardivement appliquée, sans que celle-ci puisse en être le moins du monde responsable; l'affection tue avant que le sérum puisse agir.

Une chose frappe tout d'abord dans les angines diphtériques traitées par le sérum, surtout pour celles qui ne sont pas trop graves, qui ne sont pas hypertoxiques, c'est la modification rapide de l'état général, ou même, si l'affection a été prise dès le début, sa conservation parfaite pendant toute la durée de l'affection.

L'appétit est conservé, les enfants restent gais. Il suffit de voir la différence d'aspect des pavillons de diphtérie avant et après la sérothérapie; au lieu de l'impression lugubre de ces salles où la moitié des malades étaient des mourants, on a devant soi des visages gais, presque souriants.

Des modifications analogues s'observent du côté de la température et du pouls. La température subit généralement le premier jour une exacerbation due à la réaction générale produite par l'antitoxine; puis, dans la plupart des cas, en un ou deux jours, on la voit tomber et se main tenir définitivement aux environs de 37°. Le pouls suit la température dans sa décroissance, il conserve assez souvent sa rapidité un peu plus longtemps. Le pouls et la température fournissent deux points de repère très importants dans les indications de la sérothérapie.

L'état de la gorge n'est pas moins frappant. Au bout de vingt-quatre heures, les fausses membranes, qui avaient jusqu'alors une teinte grisâtre plus ou moins prononcée, prennent un *aspect spécial blanc éclatant, blanc de neige*. L'apparition de cette coloration est un excellent présage. On voit ensuite les fausses membranes bomber comme si elles se détachaient d'abord par leur centre; on perçoit nettement leur adhérence moindre et la tendance qu'elles ont à se détacher (tout cela sans aucun traitement local); elles s'effritent seules et partiront à un simple lavage pour ne plus se reproduire, dans la majorité des cas tout au moins. Après la chute de la fausse membrane, il reste quelquefois un exsudat peu épais, semi-transparent, qui disparaît d'ailleurs rapidement.

Du côté des ganglions, modifications parallèles : là où on percevait une masse unique, dure, tuméfiée, on voit cette masse diminuer, les divers ganglions qui la composaient se séparer, se laissant délimiter plus facilement à mesure qu'ils diminuent; l'œdème qui les accompagnait disparaît également. Les ganglions sont cependant un des symptômes qui persistent le plus longtemps.

L'albuminurie diphtérique elle-même est modifiée, M. Roux ne l'a rencontrée que dans la moitié à peine des cas de diphtérie traités par le sérum, au lieu des deux tiers, proportion habituelle.

Pour le croup, l'action du sérum est analogue au point de vue de l'état général, du rapide abaissement de la température. Voici ce qui se passe généralement pour les cas qui n'exigent pas d'opération immédiate: au bout de vingt-quatre heures environ, la respiration change de caractère et devient plus humide. On entend bientôt une sorte de bruit de drapeau indiquant que les membranes vont se détacher ou sont en partie détachées.

Pendant les vingt-quatre premières heures, les accès de suffocation et la nécessité d'y remédier peuvent se présenter, comme autrefois, avec cette différence qu'on patientera le plus possible, tant qu'on n'aura pas la main forcée, puisque l'on sait que le vaccin agit et que l'obstacle sera levé naturellement. Au moment où apparaissent les signes cités tout à l'heure, indiquant le décollement des fausses membranes, il est nécessaire de surveiller de très près l'enfant pendant quelques heures. Les fausses membranes semblent se détacher pour ainsi dire d'un bloc, et sur toute l'étendue de la surface malade; elles peuvent alors obstruer brusquement le larynx et être un danger de mort, si on n'était pas prêt à intervenir immédiatement par la trachéotomie.

Une fois les fausses membranes expulsées, elles ne se reproduisent pas plus habituellement dans le larynx que dans la gorge. Rarement le tirage dure plus de deux jours.

La même rapidité de l'amélioration générale, de disparition rapide des fausses membranes, s'observe pour les croups opérés; au bout de deux jours, on peut enlever la canule.

Indications relatives à l'emploi du sérum. — Revenons maintenant aux indications spéciales aux inoculations de sérum.

Le critérium principal, sur lequel s'appuie M. Roux, est fourni *par la température et le pouls. En règle générale, tant qu'ils restent élevés, on doit continuer les inoculations.*

Comme nous l'avons dit, le premier jour l'inoculation sera de 20 centimètres cubes. Dans des cas très bénins, cette dose pourrait à la rigueur suffire, et on voit, en effet, dès le lendemain, la température tomber et les fausses membranes disparaître. En pareil cas, il ne sera pas nécessaire de répéter l'injection le jour même, mais le troisième jour, quand bien même rien n'aurait reparu, on fera bien de faire une injection de sûreté de 10 ou de 5 centimètres cubes de façon à bien neutraliser toute la toxine produite.

Dans les angines moyennes, tant qu'il existe des fausses membranes, que le pouls et la température resteront élevés, on devra continuer les injections de sérum; ces injections seront généralement de 10 centimètres cubes. Dans les angines à forme toxique, on peut être obligé de répéter plusieurs fois les doses de début, c'est-à-dire 20 centimètres cubes.

Il peut être utile de diviser la dose journalière en la fractionnant par 5 centimètres cubes répétés plusieurs fois dans la journée.

Nous répétons que température, pouls, fausses membranes sont les éléments principaux sur lesquels se base M. Roux pour poser les indications des injections. Ce ne sont pas les seuls. L'albuminurie à elle seule, alors que les signes cités plus haut sont en voie de disparition, peut fournir l'indication d'une nouvelle piqûre (l'albuminurie est, en effet, produite par l'irritation rénale due à la toxine et sa persistance peut tenir à ce que celle-ci n'a pas été entièrement neutralisée).

Dans le croup, à tous ces éléments vient s'en ajouter un autre qui prend, pour ainsi dire, la première place: la gêne de la respiration, le tirage, les accès de suffocation. Les injections doivent être continuées jusqu'à la disparition complète de ces troubles, mais on n'en tiendra pas moins un compte absolument rigoureux des indications fournies par la feuille de température. Les bronchopneumonies

coïncidentes paraissent avoir tiré un grand bénéfice des injections de sérum, et seront de leur côté une nouvelle indication à continuer celles-ci.

Telles sont les principales indications que l'on peut poser pour l'emploi des injections de sérum antidiphtérique. La première dose sera de 20 centimètres cubes. Les autres généralement de 10 centimètres cubes, et répétées suivant les diverses indications posées plus haut (pouls, température, fausses membranes, tirage, etc.).

La dose totale employée varie depuis 30 centimètres cubes pour les angines bénignes, jusqu'à 120 et à 140 centimètres cubes pour les cas très graves. Dans la majorité des angines trois inoculations suffiront. On a pu observer quelques cas de récidive — la réapparition d'une fausse membrane après plusieurs jours ; — il faudra aussitôt reprendre le traitement et faire une nouvelle injection. Ceci s'explique d'ailleurs par ce fait que l'antitoxine exerce son action sur les produits de sécrétion du bacille de Lœffler et non sur le bacille lui-même. Celui-ci peut donc, en certain cas, persister dans la bouche et provoquer de nouvelles lésions, si le terrain n'a pas été suffisamment rendu impropre à son développement.

M. Roux distingue, au point de vue du pronostic, les angines à bacille de Lœffler pur (elles doivent toutes guérir si elles sont prises au début) et les angines associées. L'association du petit coccus Brisou a peu d'importance ; il en est tout autrement du staphylocoque et surtout du streptocoque, ce qui caractérise les angines dites hypertoxiques. L'action du sérum, en ce dernier cas surtout, pourra quelquefois être tenue en échec. Les quantités de sérum nécessaires seront toujours plus élevées et l'action sera plus lente.

On ne peut encore dire rien de très précis sur l'action du sérum sur certaines complications de ces formes graves de diphtérie (paralysies, myocardites).

M. Roux a appliqué les mêmes remarques au point de vue pronostic, en ce qui concerne les croups ; il insiste également sur la gravité des associations microbiennes.

Indications se rapportant au traitement local. — TRAITEMENT LOCAL DE L'ANGINE. — M. Roux supprime absolument toute cautérisation à l'acide phénique ou au sublimé. Il n'admet que les grands lavages de la gorge avec de l'eau additionnée de 50 grammes de liqueur de Labarraque par litre. M. Moizard y ajoute des attouchements de la gorge avec la glycérine salicylée.

CROUP. — Il faut autant que possible, comme nous l'avons dit plus haut, patienter un peu : on évitera ainsi beaucoup de trachéotomies. Le temps très court pendant lequel on aura à obvier au tirage et aux accès de suffocation a fait penser à M. Roux que les inconvénients qui avaient fait abandonner le tubage (nécessité de laisser le tube trop longtemps en place et lésions laryngées de décubitus consécutives) disparaîtraient et qu'on aurait alors un procédé supérieur à la trachéotomie. Même s'il fallait se contenter de celle-ci, les chances de guérison et la rapidité en sont singulièrement augmentées par la sérumthérapie. On ne peut encore actuellement faire de parallèle entre les deux méthodes.

Après la trachéotomie, M. Roux injecte 2 à 4 centimètres cubes d'huile mentholée (5 grammes de menthol pour 100) ; il fait tomber l'huile dans la trachée par un petit tube de caoutchouc passant dans la canule interne.

Cette instillation est renouvelée une fois par jour tant que la canule est en place.

Le sérum antidiphtérique devra aussi être employé en vaccinations préventives ; — quand un cas de diphtérie aura été constaté dans une famille, il sera nécessaire, s'il y a d'autres enfants, de leur injecter à chacun une dose de 5 centimètres cubes de sérum, — qui suffira pour les immuniser temporairement. Nous avons déjà dit que son emploi n'était suivi d'aucun effet fâcheux. Le seul fait signalé jusqu'à présent consiste dans les éruptions d'urticaire survenant du huitième au quatorzième jour du début du traitement, par conséquent le plus souvent assez longtemps après sa cessation. L'éruption est absolument apyrétique ; elle est généralisée et rappelle plutôt certains érythèmes polymorphes que l'urticaire véritable. Elle dure à peu près trois jours.

Rappelons en terminant les chiffres donnés par M. Roux dans sa communication au Congrès de Budapest : la mortalité dans la diphtérie abaissée à 26 pour 100 au lieu de 50 pour 100. Les chiffres qui ont été présentés à M. le président de la République, lors de sa visite à l'hôpital Trousseau, sont encore plus favorables : la mortalité s'est abaissée aux environs de 12 pour 100.

Sur un nombre égal de cas et à la même période de l'année on a eu l'an dernier à Trousseau 54 décès et cette année 10 décès avec l'emploi du sérum antidiphtérique.

Ces chiffres ont une éloquence que toute autre considération ne pourrait que diminuer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 octobre. — Présidence de M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Deux cures d'anus contre nature.

M. ZANCAROL (d'Alexandrie). — Je veux vous communiquer deux cas d'anus contre nature qui sont intéressants par leur pathogénie et le traitement auquel je les ai soumis. Voici d'abord la première observation : une femme de 35 ans subit, de la part d'une sage-femme, des manœuvres abortives pour une grossesse présumée et présente bientôt tous les signes d'une pelvi-péritonite suppurée. Je propose une opération qui est acceptée : j'incise comme si je voulais lier l'artère iliaque et, en décollant le péritoine, j'arrive sur la collection purulente dont j'incise la poche. L'état s'améliore, mais bientôt surviennent de la fièvre, des vomissements, des douleurs. Alors, je pratique la laparotomie médiane et, du côté du pubis, je trouve adhérent au tissu cellulaire induré de la cavité de Retzius l'intestin grêle sur les parois duquel est creusée une ouverture circulaire, large comme une pièce de un franc ; cette ouverture, au travers de laquelle la muqueuse saille en manière d'ectropion, est déjà manifestement vieille de quelques jours. Derrière le ligament large du côté gauche, existe un abcès volumineux. Autour de l'ouverture intestinale, je décolle le péritoine et j'isole de mon mieux cette perforation de la cavité péritonéale. Cela fait, j'ouvre la collection purulente du petit bassin et je la draine. Au bout de trois mois, quand toute suppuration a cessé, j'entreprends la cure radicale de l'anus contre nature. Pour la mener à bien, je fais autour de celui-ci une incision circulaire ; là, je dissèque la peau et je décolle le muscle. J'obtiens ainsi une sorte de lambeau cutané arrondi que j'étreins entre les mors d'une large pince et dont je me sers pour fermer provisoirement l'orifice intestinal. Puis, j'ouvre le péritoine. Je dé-

colle tous les tissus qui adhèrent à l'intestin et j'attire celui-ci en dehors. Ainsi, je travaille, pour ainsi dire, tout à fait en dehors de la cavité péritonéale et, dès lors à l'abri de tout péril, je pratique une suture intestinale soignée. Cela fait, je détruis le lambeau et je rentre l'intestin restauré dans l'abdomen. Suites heureuses; guérison sans accidents et définitive. Voici l'histoire de mon second malade. Apparaissent d'abord tous les signes d'une pérityphlite suppurée. J'ouvre là où est la collection et je décolle le péritoine; mais bientôt je rencontre l'anse d'une vieille hernie étranglée formée par le côlon coudé brusquement sous la forme d'un angle adhérent à l'anneau crural et percé d'un trou large. Avec des pinces, je ferme provisoirement cet orifice pour préserver le péritoine de toute contamination, j'enlève toutes les adhérences et je sectionne tout le segment intestinal qui tient à l'anneau crural, faisant ainsi une nouvelle perforation. Je suture celle-ci, ainsi que l'ulcération voisine, après avoir gratté et avivé les bords de cette dernière. Le malade guérit vite et sans accidents.

Le principal intérêt de ces deux observations réside dans ce fait que, pour obtenir la guérison de l'anus contre nature, j'ai libéré complètement l'intestin de toutes ses adhérences, de façon à le laisser tomber ensuite dans la cavité abdominale, libre de toute attache. C'est, je crois, une condition indispensable en pareil cas.

Nouveau procédé de gastrostomie

M. Villar (de Bordeaux). — Je ne veux point m'occuper des indications opératoires de la gastrostomie dans le cancer ou le rétrécissement fibreux de l'œsophage; j'ai seulement l'intention de vous décrire un procédé nouveau de gastrostomie. Ce procédé a été imaginé par le Dr Franck (de Vienne); je lui ai fait subir quelques légères modifications que je crois heureuses. Tout le monde sait quels sont les inconvénients ordinaires de la gastrostomie; l'écoulement du suc gastrique enflamme, excorie, ulcère, digère les hords de la fistule, et les meilleurs topiques sont quelquefois insuffisants pour parer à tous ces ennuis; d'autre part, il n'est pas rare de voir les aliments introduits dans l'estomac sortir par l'orifice artificiel et le malade, déjà en malnutrition, mourir de faim quelques jours après l'opération. Bien des procédés ont été essayés par des chirurgiens qui, avant Franck, ont voulu parer le danger. Girard, Poncet, Monod, Terrier ont apporté de très heureux perfectionnements à la gastrostomie; mais, malgré tant d'efforts, tous les procédés actuellement employés restent insuffisants. Aussi celui de Franck me paraît-il devoir enlever les suffrages. Voici comment j'ai opéré. J'ai fait l'incision classique de la gastrostomie; au travers de cette plaie, j'ai attiré un pli de la paroi stomacale, pli que j'ai fixé par trois points de suture à droite et trois points de suture à gauche à la couche musculaire abdominale et au péritoine. Puis, à deux travers de doigt au-dessus de cette ouverture, j'ai pratiqué sur la paroi thoracique elle-même une petite incision cutanée, et j'ai décollé la peau dans toute l'étendue qui séparait cette incision de la première, soulevant ainsi un véritable pont de téguments. Sous ce pont, j'ai attiré le sommet du pli stomacal, et j'ai fixé celui-ci par quelques fils superficiels et profonds aux deux lèvres de la plaie supérieure, puis j'ai ouvert l'estomac. Point de canule, point d'obturateur, point de poudre absorbante. Simplement un peu de gaze et d'ouate. C'est là, au total, le procédé de Franck, avec cette différence cependant que celui-ci au niveau de la première ouverture, fixe seulement la paroi stomacale au péritoine, ce qui me semble insuffisant, tandis que je prends dans l'anse de mes fils le péritoine et la sangle musculaire. Cette opération donne un résultat excellent. En somme, on crée entre l'orifice artificiel et l'estomac un canal intermédiaire, un véritable œsophage intra-pariétal. Puis, la bouche stomacale est haut placée, et tout cela fait que le pourtour de l'orifice reste sec, à l'abri de toute irritation produite par l'écoulement du suc gastrique et des aliments. Sans doute, dans quequesl cas, il doit être un peu difficile d'exercer la traction nécessaire au passage du sommet du pli stomacal sous le pont cutané; sans doute aussi, quand il s'agit d'un rétrécissement fibreux de l'œsophage susceptible de guérison, la cure de la bouche stomacale doit être plus difficile à réaliser. Mais ce sont là des questions secondaires: d'une part, on peut toujours amener assez d'estomac pour le conduire jusqu'à la plaie supérieure; d'autre part, il est toujours aisé de fermer la bouche supérieure, ce qui suffit à la guérison. Du reste, rien n'empêcherait à la rigueur de réséquer le canal sous-cutané.

J'ajoute que mon malade, qui, du reste, n'a pas tardé à succomber, a été soulagé aussitôt après l'opération des douleurs atroces de faim et de soif dont il souffrait. C'est à ajouter à ce qu'on sait déjà des indications et des avantages de la gastrostomie.

Adhérences gastro-hépatiques guéries par la laparotomie.

M. Terrier. — Je vous ai déjà rapporté l'observation d'une malade à qui j'ai pratiqué autrefois la gastrostomie pour lutter contre les troubles digestifs produits par des adhérences établies entre l'estomac et la face inférieure du foie à la suite d'un ancien ulcère gastrique cicatrisé. Voici un second cas qui a beaucoup de rapports avec le précédent. Il s'agit d'une femme de 38 ans présentant depuis dix ans environ des troubles gastriques caractérisés par des vomissements répétés à l'occasion de chaque repas. Les premiers accidents durèrent trois mois environ, sans amaigrissement notable, et s'amendèrent durant une période de deux ans pour réapparaître ensuite plus graves; alors, se manifestèrent des hématémèses et du melæna. De nouveau, les troubles s'apaisèrent pendant un laps de trois années; mais, en octobre 1893, ils survinrent de nouveau, plus aigus, plus intenses que jamais et conduisirent la malade à un état cachectique avancé. Les urines étaient rares et contenaient peu d'urée; la température était basse, 36°8 environ; l'amaigrissement était considérable; la région épigastrique était peu douloureuse, soulevée par les battements de l'aorte; à gauche, on percevait un empâtement douloureux; l'estomac était très dilaté. Le diagnostic était difficile: s'agissait-il là d'un ulcère guéri ayant amené un rétrécissement du pylore? ou bien, au contraire, d'adhérences stomacales produites par l'inflammation péristomacale consécutive à l'évolution d'un ulcère? Je fis une incision exploratrice médiane, sus-ombilicale, avec l'aide du Dr Hartman. A droite, je trouvai sur la paroi antérieure de l'estomac une zône d'induration très nette; au-dessus du cardia, de nombreuses adhérences unissaient l'estomac à la face inférieure du lobe gauche du foie. Je déchirai et sectionnai toutes ces adhérences; l'une d'elles saigna et cet accident nécessita l'application d'une ligature à la soie stérilisée. Je ne trouvai rien d'anormal au côlon transverse, et refermai l'abdomen sans m'occuper de quelques autres adhérences siégeant entre la face inférieure du diaphragme et la face supérieure du foie. La guérison fut facile, mais troublée par des accidents de congestion pulmonaire dont la durée fut éphémère et l'apparition d'une eschare au sacrum qui fut plus longue à guérir. En quittant l'hôpital deux mois après l'opération, la malade avait augmenté de quatre kilogrammes; quand je la revis à la fin de septembre, le poids avait gagné cinq kilogrammes nouveaux, la mine était excellente, la cicatrice très solide.

Un chirurgien de Munich a publié une observation analogue à la mienne; c'est la seule que je connaisse. Je dois dire cependant que Riedel (d'Iéna), dans un mémoire récent, a insisté sur la multiplicité des adhérences qu'on peut rencontrer dans la cavité abdominale, qu'il en a présenté une classification heureuse et qu'il a montré les heureux résultats de l'intervention chirurgicale dirigée contre les accidents qu'elles produisent dans certains cas.

M. Bazy. — J'ai deux observations à citer qui confirment l'opinion de M. Terrier. Certes, elles ne sont pas de tous points comparables à celle qu'il vient de rapporter, mais elles sont bien propres à montrer l'influence des adhérences péristomacales sur certains troubles douloureux et digestifs. Voici la première: j'opère une malade pour une hernie crurale étranglée; cette malade

était profondément amaigrie, vomissait depuis longtemps et souffrait d'une très douloureuse gastralgie; son estomac était très dilaté. Pendant la kélotomie, je sectionne une adhérence qui reliait le grand épiploon au fond du sac. A dater de ce jour les accidents gastriques et la douleur disparurent complètement, et en quelques mois la malade avait subi une véritable métamorphose. Voici le second cas : je pratique la laporotomie à une malade chez laquelle on avait diagnostiqué un fibrôme utérin, qui souffrait beaucoup de l'estomac et qui avait vomi du sang. A l'ouverture du ventre, je trouve un kyste développé dans le ligament large, aux dépens (sans doute) d'un ovaire supplémentaire et qui, après s'être infiltré sous le péritoine, était venu prendre, au contact du rein gauche, des adhérences avec le grand épiploon, disposition que mon maître et ami M. Peyrot et moi nous avions presque prévue avont l'opération. Depuis l'ablation du kyste et la section des adhérences, la patiente n'a jamais présenté aucun trouble gastrique. Au résumé, deux malades souffrant de troubles graves de l'estomac, tiraillé par des adhérences de l'épiploon à des organes voisins ou éloignés; destruction de ces adhérences; guérison complète et définitive.

M. Lucas-Championnière. — J'ai vu un malade dans des conditions très analogues à celles où se trouvait l'opérée de M. Terrier. Ce malade, qui avait consulté tous les grands médecins de l'Europe et traîné ses infirmités de capitale en capitale, souffroit horriblement deux ou trois heures après le repas ; il avait peu de vomissements, mais il avait beaucoup maigri et était devenu morphinomane. Son médecin ordinaire avait diagnostiqué des adhérences péristomacales en se basant sur les considérations suivantes : au début du repas le patient souffrait peu et ses douleurs allaient en augmentant à mesure que s'établissait le travail de la digestion; l'appétit était conservé et les vomissements étaient rares; douze ans auparavant, il avait eu des selles purulentes et des accidents inflammatoires du côté du foie, un abcès probablement; enfin le malade souffrait d'autant moins que l'appareil digestif était en état d'évacuation plus marqué. Toutes les prévisions de notre confrère étaient justes. A l'ouverture du ventre, je trouvai la vésicule biliaire, que quelques-uns avaient incriminée, absolument saine; mais entre le foie, l'estomac et le côlon transverse, il y avait des adhérences larges, dures qui nécessitèrent un véritable travail de sculpture pendant près de deux heures. L'opération fut si pénible et le malade était si cachectique que nous avions considéré le pronostic comme absolument fatal; mais nous eûmes une heureuse surprise; la guérison fut rapide; les douleurs disparurent pour toujours, la morphine fut abandonnée et bientôt l'état général devint excellent; il y a quatre ans déjà que l'opération a été faite, et l'amélioration ne s'est pas un instant démentie.

M. Terrier. — A M. Bazy, dont les deux observations sont très intéressantes, je répondrai que les cas qu'il signale sont un peu différents du mien. On connaît, en effet, le rôle des adhérences qu'il signale; il est, par exemple, arrivé à plusieurs d'entre nous de faire une laparotomie secondaire pour détruire des adhérences consécutives à une extirpation de fibrôme ou de kyste de l'ovaire. Je n'ai voulu signaler que les accidents consécutifs à une ancienne lésion gastrique guérie. A M. Lucas-Championnière je dirai que je ne suis point étonné que chez le malade dont il a rapporté l'histoire, quelques chirurgiens aient songé à incriminer la vésicule biliaire; dans de nombreux cas, en effet, on l'a trouvée emprisonnée au milieu d'adhérences qu'il a fallu rompre et détruire, et cette intervention, du reste, a été suivie des meilleurs résultats.

Résection iléo-cæcale.

M. Richelot. — M. Hartman nous a adressé la relation d'une opération bien conduite. Une femme de 32 ans avait des douleurs dons le ventre; elle avait perdu l'appétit, avait maigri, n'avait point de fièvre, mais présentait une tumeur allongée verticalement, mobile dans la fosse iliaque droite. Notre collègue pratiqua la laparotomie le 18 avril 1893. Il fit une incision parallèle à l'arcade crurale et trouva l'iléon et le cæcum adhérents et réunis en une masse uniforme occupant toute la fosse iliaque; il disséqua la tumeur, la mobilisa, en pratiqua l'extirpation et fit une entérorrhaphie circulaire à double plan de suture. Sur la réunion intestinale l'épiploon fut romené; le foyer opératoire fut limité en dedans par une lanière de gaze iodoformée et la guérison survint bientôt, retardée pourtant par l'apparition d'un petit abcès périétal et d'une petite fistule consécutive. Augmentation rapide de poids. A l'examen histologique, ni cancer, ni tuberculose; simples lésions inflammatoires chroniques siégeant sous la muqueuse et ayant entraîné une hypertrophie marquée de la couche musculaire.

L'opération pratiquée par M. Hartman est très intéressante; elle a été bien faite et simplement faite, ce qui n'est pas une petite qualité de nos jours où beaucoup croiraient démériter s'ils n'utilisaient pas, pour chaque cas particulier, un riche attirail de pinces spéciales et n'employaient pas aussi un procédé nouveau, soi-disant imaginé par eux — simple répétition, d'ailleurs, d'une méthode déjà connue et qu'on fait sienne en y apportant une modification de nulle importance.

Cela dit sur l'intervention fort bien conduite de M. Hartman, il faut rappeler que son observation de résection iléo-cæcale ne répond point à un cas isolé; on trouve, par exemple, des relations assez semblables à la sienne dans les thèses récentes de MM. Benoist et Baillet. Même, chez son malade, les choses étaient, on peut le dire, assez simples; il ne s'agissait ni de cancer, ni de tuberculose, lésions qui produisent des adhérences toujours bien plus étendues. Au reste, l'intervention est encore possible dans ces derniers cas, quoiqu'ils soient beaucoup moins favorables évidemment. Personnellement, j'ai pu pratiquer une résection iléo-cæcale pour un épithélioma tubulé et je n'ai pas éprouvé de trop grandes difficultés; il s'agit seulement de pouvoir opérer assez tôt. En ce qui concerne la tuberculose, les altérations sont souvent assez limitées pour que l'opérotion soit partielle et simple; au reste, les cas de MM. Bouilly, Terrier, Broca montrent bien que, même quand il y a des altérations tuberculeuses étendues, et qu'il faut faire une exérèse complète, les résultats opératoires peuvent être encore excellents. A plus forte raison les rétrécissements inflammatoires chroniques constituent-ils des cas plus favorables encore. Nous devons donc persévérer dans cette voie nouvellement tracée de la chirurgie intestinale dont on peut déjà mesurer les bienfaits.

Ce n'est point à dire, cependant, que cette opération de la résection iléo-cæcale complète soit aujourd'hui parfaitement réglée; mais il est quelques points de son histoire qui semblent évidents. Ainsi, elle ne paraît pas présenter les difficultés qui sont inhérentes à l'entérorrhaphie circulaire que nécessite la résection de l'intestin grêle, car, pour elle, on n'a ni à craindre les rétrécissements secondaires, ni à se préoccuper de l'inégalité des deux bouts. L'étendue du mal et ses adhérences sont les deux conditions d'où dépend surtout le succès dans la résection iléo-cæcale; il faut y ajouter l'insuffisance possible des sutures et le sphacèle, si peu étendu qu'il soit, de la paroi intestinale, comme j'en ai observé un cas récent. Il faut encore tenir compte de la durée opératoire; plus l'opération est courte, plus augmentent les chances de succès; aussi quelques chirurgiens préfèrent-ils, dans ces cas, au lieu de pratiquer l'entérorrhaphie, faire un anus contre nature; mais c'est là un pis-aller, et là n'est évidemment pas l'avenir de l'opération.

Pour ma part, je crois le bouton de Murphy apte à rendre dans ces cas de grands services. Je sais bien que d'expériences et de mensurations récentes on a conclu qu'il ne pouvait pas passer dans l'intestin grêle; mais je ne puis m'empêcher de sourire devant cet amour du millimètre. Voilà une malade qui rend le bouton de Murphy; on mesure l'intestin grêle, on expérimente sur des chiens et on conclut quoi? Que le bouton ne doit pas passer; le centimètre a raison, ma malade a tort; elle a, en effet, beaucoup d'audace. J'incline cependant à attacher plus de crédit aux indications qu'elle me donne qu'aux savantes conclusions de

l'expérimentateur et du mathématicien. Mais peu importe, du reste, ici; il s'agit de cæcum et de gros intestin; le bouton de Murphy échappe donc aux objections.

M. Lucas-Championnière. — L'entérorrhaphie de cette région de l'intestin est toujours difficile. Ici, en effet, le décollement est difficile, et par conséquent on arrive moins bien que dans un autre endroit à trouver une anse se prêtant bien à l'anastomose, puisque l'état inflammatoire a beaucoup modifié toutes les parties du champ opératoire. Vraiment, je ne vois pas bien comment l'on peut placer ici le bouton de Murphy.

M. Richelot. — Oui, certes, il y a des difficultés quand il s'agit de lésions inflammatoires très étendues, de cancer ou de tuberculose avancée; mais ces difficultés portent sur le décollement et la mobilisation de la tumeur, et je ne vois pas en quoi l'abouchement serait plus difficile ici qu'ailleurs. Est-ce parce qu'il y a une anse large? Mais c'est là, au contraire, une bonne condition; la seule chose à craindre, quand on se sert du bouton de Murphy, c'est qu'il soit trop gros et que l'intestin soit trop petit.

M. Th. Anger. — J'ai réséqué, il y a quelques années, le cæcum pour un cas de cancer; j'ai eu de grandes peines à faire l'abouchement.

M. Richelot. — C'est justement pour cela que je crois le bouton de Murphy excellent dans ces cas. Certes, l'inégalité des deux bouts serait un gros inconvénient s'il s'agissait de faire une entérorrhaphie circulaire, mais il s'agit, tout au contraire, d'abouchement latéral.

Rupture musculaire.

M. Delorme présente un malade à qui il a pratiqué, au moyen de trois plans de suture, la réunion des deux fragments du muscle moyen adducteur rupturé. Insuccès complet. Mais M. Delorme pense que son procédé de suture est excellent; aussi se propose-t-il de l'employer à la première occasion.

M. Michaux. — Les fils déchirent si souvent le muscle qu'il vaut encore mieux, dans ces cas, pratiquer la résection musculaire. Le moyen adducteur est facilement suppléé. Je le répète, la suture ne tient ordinairement pas.

Greffe osseuse.

M. Delorme présente un malade à qui il a pratiqué la résection des fragments avec greffe osseuse pour remédier à une fracture de jambe mal consolidée. Bon résultat fonctionnel.

Guérison de la péritonite tuberculeuse.

M. Routier présente une malade chez laquelle il a fait une laparotomie pour des accidents d'occlusion intestinale. Au cours de cette intervention, il a pu constater que le péritoine était tout à fait sain; or, il s'agissait d'une malade opérée autrefois par M. Gérard-Marchand qui avait pratiqué sur elle la cure chirurgicale de la péritonite tuberculeuse.

Tumeur congénitale sacro-coccygienne.

M. A. Broca présente une tumeur sacro-coccygienne congénitale remarquable par son volume.

Pierre Sebileau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 octobre.

Syphilis et paralysie générale.

M. Fournier. — On n'aura complètement résolu le problème des rapports de la paralysie générale avec la syphilis que lorsque l'on aura parfaitement élucidé les quatre questions que voici :

1° Existe-t-il, oui ou non, comme résultat possible de la syphilis, un syndrome clinique qui mérite le nom de *pseudo-paralysie générale syphilitique?*

2° La paralysie générale vraie peut-elle, à un titre quelconque, dériver de la syphilis? Et, en cas d'affirmative, à quel degré de fréquence en dérive-t-elle?

3° La paralysie générale vraie qui se produit comme conséquence de la syphilis est-elle *de nature* ou simplement *d'origine* syphilitique?

4° La paralysie générale vraie qui se produit comme conséquence de la syphilis se différencie-t-elle par quelque caractère clinique, anatomique ou autre, des paralysies générales d'autre origine.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous pouvons répondre oui à la première de ces questions. On sait, en effet, que, dans certains cas, la syphilis qui se porte sur l'encéphale réalise un syndrôme semblable à celui de la paralysie générale et que l'on peut qualifier du nom de *pseudo-paralysie générale.* Mais cette pseudo-paralysie générale des syphilitiques n'est tout simplement qu'une modalité de la syphilis cérébrale, un nom donné à une forme de la syphilis cérébrale.

En second lieu, la paralysie générale vraie peut-elle dériver de la syphilis? On possède des arguments nombreux qui montrent qu'il y a une relation de cause à effet, une *connexion pathogénique* entre la syphilis et la paralysie générale.

Le premier et le plus important de ces arguments siége dans le degré de fréquence des antécédents syphilitiques chez les paralytiques généraux. Cette fréquence existe, d'après les plus récentes statistiques, dans une proportion qui varie de 50 à 92 0/0. Et, à l'appui de ces statistiques, tous les syphiliographes disent que la plupart de leurs clients deviennent plus tard des paralytiques généraux. On a remarqué, en outre, que la paralysie générale, qui cependant s'observe rarement chez la femme, s'observe presque exclusivement sur des femmes de vie irrégulière, c'est-à-dire dans un milieu où la syphilis fait rarement défaut, tandis que dans les campagnes, chez les ecclésiastiques et les religieux, la paralysie générale s'observe plus rarement.

D'autre part, on n'observe pas la syphilis dans le passé des fous vulgaires, comme on l'observe dans le passé des paralytiques généraux. N'est-ce pas là une preuve que la syphilis est pour quelque chose dans la genèse de la paralysie générale? M. Régis, à qui on doit cette dernière observation, a de plus remarqué que, sept ou huit fois sur quatorze cas, la syphilis entrait dans les antécédents des jeunes enfants atteints de paralysie générale. Or, on ne saurait accuser chez eux les causes derrière lesquelles se retranchent les ennemis de l'origine spécifique de la paralysie générale.

Enfin, paralysie générale et tabes font le plus souvent cause commune et il est aujourd'hui acquis que le tabes est tributaire de la syphilis. Ne peut-on pas de là conclure à une communauté d'origine entre les deux affections?

Il y a donc, au total, une connexion pathogénique évidente, une relation de cause à effet certaine entre la syphilis et la paralysie générale.

Mais cette paralysie générale, qui se produit comme conséquence de la syphilis, est elle de *nature* ou simplement d'*origine* syphilitique?

Ici, les opinions se partagent. Certains auteurs pensent que la syphilis serait une cause efficiente de la paralysie générale, n'agissant que sur un terrain préparé par l'hérédité nerveuse, l'alcoolisme, les excès, etc.

D'autres auteurs disent, au contraire, que c'est la syphilis qui prépare le terrain, préparant ainsi le jeu d'autres facteurs qui deviennent des causes efficientes de la maladie.

D'autres, enfin, prétendent que la paralysie générale comme le tabes sont le fait de toxines syphilitiques produites par un microbe encore inconnu de la syphilis.

M. Fournier ne veut pas envisager ces discussions qu'il considère comme prématurées. Mais il se borne à l'étude de la *nature* syphilitique ou de l'*origine* syphilitique de la paralysie générale et il classe, dès maintenant, la paralysie générale dans le groupe

des affections parasyphilitiques, c'est-à-dire de ces affections qui ont une spécificité, non dans leur fond, mais dans leur origine.

Voici à quels caractères se reconnaissent les affections parasyphilitiques des affections franchement spécifiques :

a) Les affections parasyphilitiques ne relèvent pas nécessairement et exclusivement de la syphilis comme cause;

b) Les affections parasyphilitiques ne sont pas influencées par le mercure et l'iodure de potassium.

Maintenant, y a-t-il des caractères cliniques, anatomiques ou autres qui différencient la paralysie générale considérée comme affection parasyphilitique des paralysies générales d'autre origine? M. Fournier dit qu'il ne sera possible d'élucider cette question que par la collaboration des aliénistes, des anatomo-pathologistes et des syphiliographes.

Les tractions rythmées de la langue comme moyen de rappel à la vie.

M. L. Labbé relate un cas de rappel à la vie par la méthode des tractions rythmées de la langue pour une mort apparente survenue au cours d'une chloroformisation, et il déclare que cette méthode serait supérieure à tous les procédés de respiration artificielle employés jusqu'ici.

C'est aussi l'avis de M. Verneuil, d'après qui l'on doit ajouter aux tractions rythmées de la langue des flagellations de l'épigastre dans tous les cas d'asphyxie au cours de la chloroformisation.

Enfin, M. Laborde, auteur de la méthode en question, demande que l'on donne des instructions aux sages-femmes pour qu'elles puissent la pratiquer sur les nouveau-nés en état de mort apparente. J. P.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 octobre.

Pathogénie du diabète sucré.

M. Kaufmann. — Il y a excitation du foie et inhibition du pancréas,tout à la fois,sous l'influence d'actions nerveuses à effets hyperglycémiques, ainsi que je l'ai démontré. Par suite de nouvelles expériences je viens de constater que la piqûre bulbaire produit le diabète sucré interne chez les chiens dont le foie a été complètement énervé. Il suffit donc uniquement d'une action inhibitrice exercée sur le pancréas par la piqûre bulbaire pour provoquer le diabète. Si à la piqûre du bulbe on associe la section des splanchniques ou de la moelle épinière, on voit facilement que la piqûre du bulbe agit par choc nerveux, en inhibant instantanément le pancréas pour un certain temps. Il y a deux sortes de diabète : celui qui résulte de la destruction du pancréas, et celui qui tire son origine de l'inhibition du pancréas, dont la structure dans ce cas reste intacte. Il n'y a donc qu'un seul diabète, le diabète pancréatique.

Structure du pancréas.

M. Laguesse. — L'étude de plusieurs pancréas de suppliciés recueillis quelques minutes après la mort, fixés à l'alcool, à l'acide osmique, au liquide de Flemming, me permet de signaler les points suivants : les cellules centro-acineuses forment au centre de l'acinus un amas d'éléments polyédriques avec prolongements entre les cellules sécrétantes; d'autre part, les amas cellulaires appelés points folliculaires, pseudo-follicules, etc., etc., sont très nombreux chez l'homme et constitués par de petites cellules épithéliales polyédriques réunies en cordons, et par un réseau capillaire sanguin à rameaux larges et tortueux; par suite, ils ressemblent à de petites glandes vasculaires sanguines. Pour moi, ces amas sont des acini modifiés, devenus pleins et sans canal excréteur, qui, après un certain temps, se transforment en acini normaux.

Par suite de cette modification dans la structure du pancréas, il y a aussi modification dans sa fonction. Les îlots en question seraient les organes de la sécrétion interne, et les faits d'histogénie que j'ai signalés à la Société viendraient à l'appui de cette manière de voir. Le pancréas se composerait de deux glandes réunies, mais de fonctions distinctes : l'une à sécrétion externe, l'autre à sécrétion interne. Le substratum anatomique des deux glandes serait néanmoins le même, car chaque partie du pancréas passerait successivement à l'état d'acinus et à l'état d'îlot plein.

Envahissement de l'organisme par les microbes avant et après la mort.

MM. Achard et Phulpin. — Nous avons fait sur 49 sujets, à la Salpêtrière, des recherches sur la pénétration des microbes dans l'organisme pendant l'agonie et après la mort, portant surtout sur le suc hépatique et le sang; celui-ci était pris dans une veine de l'avant-bras pendant la vie, dans le cœur après la mort.

Nous reconnaissons trois séries de faits :

1° L'infection existait pendant la vie six fois, c'était une septicémie qui paraissait avoir déterminé la mort (streptocoque, deux fois; staphylocoque blanc, quatre fois); huit fois, le sang ne contenait pas de microbes, mais on les trouvait dans le foie (staphylocoque, deux fois; coli-bacille, six fois). Dans ces derniers cas, l'infection hépatique ne pouvait être considérée comme cause de la mort; c'était donc sans doute un phénomène d'agonie;

2° Pas de microbes pendant la vie, mais microbes nettement vus après la mort (24 cas);

3° Dans 11 cas, jusqu'au moment de l'autopsie il n'y a eu aucun résultat positif.

De ces différentes recherches, on pourra conclure que les infections agoniques sont relativement rares. Pour ce qui concerne l'envahissement cadavérique, il se fait rapidement, grâce à la température extérieure, mais il est de plus sous la dépendance de la nature de la maladie mortelle. Si pendant la vie il y a un foyer de putridité, comme un cancer utérin, de la gangrène, ou des lésions hémorrhagiques du cerveau et de la protubérance, l'envahissement est très précoce.

Le foie est envahi avant le cœur dans la grande majorité des cas; c'est alors secondairement au foie que le sang du cœur est envahi. Il peut aussi l'être primitivement par les germes pénétrant dans le système sanguin au niveau de l'appareil respiratoire lésé auparavant. Cependant la rate semble être prise avant le foie.

Tous les microbes ne pénètrent pas avec la même facilité dans l'organisme. Il faut, en première ligne, signaler le staphylocoque blanc et, plus tard seulement, les bacilles de la putréfaction.

Il y a sans doute analogie entre l'envahissement *post mortem* et les infections se produisant pendant la vie, surtout au moment de l'agonie. La résistance aux germes infectieux ne cède pas brusquement, du moment où le cœur cesse de battre, comme les différentes fonctions de l'organisme. Et ainsi s'établit une sorte de suite de la résistance contre les microbes pendant les derniers moments de la vie et les premiers moments qui succèdent à la mort.

Variations quotidiennes de la créatinine.

M. Ackermann. — Si l'on examine la quantité de créatinine qui se trouve dans l'urine d'un homme exerçant régulièrement un travail manuel et soumis à une alimentation mixte — et cela méthodiquement chaque jour — on constate que les urines du dimanche au lundi, puis celles du lundi au mardi, sont celles qui contiennent la plus faible dose de créatinine. L'auteur croit en trouver la raison dans le repos du dimanche. J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 octobre.

Erythèmes infectieux.

M. Galliard. — J'ai vu plusieurs cas d'érythèmes médicamenteux comparables à celui que M. Siredey signalait dans notre dernière séance.

L'un d'entre eux se rapporte à une femme de vingt-huit ans qui prenait des pilules de protoiodure de mercure et se faisait des frictions d'onguent napolitain; elle présenta un érythème pseudo-lymphangitique localisé huit jours à l'avant-bras droit.

Dans un cas d'érythème apparaissant chez une convalescente de fièvre typhoïde après l'application de compresses de sublimé, j'ai montré qu'il s'agissait d'érythème non pas médicamenteux, mais bien infectieux.

Nulle part on ne rencontre d'érythèmes infectieux comme dans la fièvre typhoïde.

Ils peuvent se diviser en précoces et tardifs. Les premiers précèdent les taches rosées et sont des rash scarlatiniformes ou morbilliformes, parfois des érythèmes maculeux ou papuleux. Les seconds apparaissent après les taches rosées à la période d'état, à la période de déclin, ou pendant la convalescence. Bénins parfois ils peuvent dans certaines conditions être causes de mort.

Cliniquement, cet érythème apparaît sous forme de macules ou papules aux poignets, aux coudes, aux genoux, aux malléoles, aux fesses. L'éruption, si elle est confluente, a l'apparence scarlatiniforme ; ou bien elle est lisse, circinée, marginée, etc.

Au point de vue pathogénique, la question est loin d'être élucidée. On croit cependant que c'est une infection secondaire. Pour Hutinel, les aphtes de la bouche seraient une porte d'entrée suffisante. Il en est de même sans doute pour les eschares, les excoriations cutanées, les ulcérations intestinales, etc.

Les érythèmes infectieux s'observent dans le choléra cinq à six fois sur cent cas, bien plus souvent si l'on ne compte que les cholériques arrivés à la fin du premier septénaire. Ils accompagnent presque uniquement les formes graves ; au point de vue du pronostic, leur signification est nulle. Ils ont une grande ressemblance avec ceux de la fièvre typhoïde, mais durent moins longtemps et sont moins souvent graves.

A côté de ces érythèmes, il faut citer ceux de la diarrhée cholériforme, du choléra nostras, de la diphtérie, etc.

Pour Mussy, l'érythème diphtérique est d'origine streptococcique; pour Lesage et Macaigne, celui du choléra est d'origine coli-bacillaire ; on a également accusé le coli-bacille d'être l'auteur de l'érythème de la fiève typhoïde.

Ce que nous connaissons de ces microbes ne permet pas cependant de les considérer comme cause de ces érythèmes, plutôt que les bacilles d'Eberth ou de Lœffler. La même remarque s'applique à leurs toxines. Il est bien plus vraisemblable qu'ils sont les uns et les autres capables de devenir *érythrogènes*.

Quant à indiquer et à préciser les conditions où ils deviennent érythrogènes, on ne peut pas le faire actuellement. Il faut sans doute tenir compte des aptitudes individuelles, d'autant plus que les érythèmes infectieux peuvent se reproduire plus ou moins souvent après différentes maladies aiguës.

M. Catrin cite l'observation d'un malade mort d'un volvulus de l'S iliaque au bout de six jours, sans qu'il y ait jamais eu de vomissements fécaloïdes. J. P.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 5 AU 10 NOVEMBRE 1894

Examens

Lundi 5 novembre. — *Médecine opératoire* : MM. Tillaux, Ricard, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Retterer, Weiss. — 3e (2e partie) : MM. Potain, Chauffard, Letulle. — 4e : MM. Fournier, Landouzy, Déjerine.

Mardi 6 novembre. — 2e, Fin d'année (Officiat) (1re série) : MM. Mathias-Duval, Brun, Poirier. — 2e, Fin d'année (Officiat) (2e série) : MM. Berger, Schwartz, Marie. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Duplay, Nélaton, Albarran. — 5e (2e partie), Charité : MM. Cornil, Ballet, Roger.

Mercredi 7 novembre. — *Dissection* : MM. Terrier, Jalaguier, Sebileau. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Déjerine, Retterer.

Jeudi 8 novembre. — *Médecine opératoire* : MM. Farabeuf, Schwartz, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Laboulbène, Ricard, Ballet. — 4e : MM. Debove, Joffroy, Chantemesse.

Vendredi 9 novembre. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Hayem, Chauffard, Netter. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Potain, Gaucher, Letulle. — 5e (1re partie) Obstétrique (Clinique Baudelocque) MM. Pinard, Jalaguier, Varnier. — 1er : MM. Baillon, Pouchet, Weiss.

Samedi 10 novembre. — *Médecine opératoire* : MM. Le Dentu, Quénu, Brun. — 3e, Fin d'année (Officiat) : MM. Laboulbène, Chantemesse, Poirier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Raymond, Hallopeau, Roger. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Cornil, Gilbert, Marie. — 5e (1re partie), Obstétrique (Clinique d'Accouchement, rue d'Assas) : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Sages-femmes de 1re classe. — Lundi 5 novembre. — *Nouveau régime* MM. Farabeuf, Pinard, Sebileau. — Mardi 6 novembre. — *Nouveau régime* : MM. Tarnier, Hallopeau, Quénu. — Mercredi 7 novembre. — *Nouveau régime* : MM. Pouchet, Varnier, Tuffier.

Thèses

Mercredi 7 novembre, à 1 heure. — *M. Pouzol* : De l'importance diagnostique de la courbe alimentaire dans certains cas d'hérédosyphilis. — *M. Bouchy* : Des lésions intestinales consécutives à la thrombose de la veine-porte ou de ses branches d'origine. — *M. Denis* : Quelques considérations sur le curettage précoce dans l'infection puerpérale. (Forme utérine.) — *M. Coquet* : De la variété chirurgicale des tumeurs cæcales tuberculeuses. — *M. Centilhomme* : Hystérectomie abdominale.

Jeudi 8 novembre. — *M. Juvigny* : Contribution à l'étude des arthrites méta-pneumoniques. — *M. Barthélemy* : Des modifications de la thérapeutique des plaies suivant les conceptions de la nature des accidents. — *M. Matarangas* : Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire. — *M. Vendrely* : Etude critique des traitements des prolapsus du rectum. — *M. Cara ës* : Les corps étrangers de l'utérus. — *M. Delacour* : Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme. — *M. Tennant* : L'opération de la cataracte simplifiée. (Procédé de A. Trousseau.)

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

La mise en liberté du Dr Lafitte.

Au dernier moment, nous apprenons que le Dr Lafitte vient d'être mis en liberté.

Faculté de Médecine de Paris.

Année scolaire 1894-95.

Les cours du semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 novembre 1894 :

Cours

Chimie médicale. — M. Gautier : Chimie organique appliquée à la médecine, jeudi, samedi à 1 heure (grand amphithéâtre) ; la digestion, l'assimilation et la désassimilation, mardi à 1 heure (grand amphithéâtre).

Anatomie. — M. Farabeuf : Etude anatomique, physiologique et chirurgicale des articulations, lundi, mercredi, vendredi à 4 heures (grand amphithéâtre.

Histologie. — M. Mathias Duval : La cellule et les tissus en général, le système nerveux et les organes des sens, le système musculaire, le sang et les vaisseaux, mardi, jeudi, samedi à 4 heures (grand amphithéâtre).

Physiologie. — M. Richet (M. Gley, agrégé chargé de cours) : Circulation, respiration, mécanique et chaleur animales, lundi, mercredi, vendredi à 5 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pathologie chirurgicale. — M. Lannelongue (M. Delbet, agrégé suppléant) : Pathologie chirurgicale générale, lundi, mercredi, vendredi à 3 heures (petit amphithéâtre).

Opérations et appareils. — M. Terrier : Chirurgie de la face, du cou et du thorax, lundi, mercredi, vendredi à 5 heures (grand amphithéâtre).

Pathologie médicale. — M. Dieulafoy : Maladies de l'appareil digestif, mardi, jeudi, samedi à 3 heures (grand amphithéâtre).

Pathologie expérimentale et comparée. — M. Straus : Maladies infectieuses communes aux animaux et à l'homme, principales maladies d'origine bactérienne, lundi, mercredi, vendredi à 4 heures (amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale, à l'Ecole pratique).

Anatomie pathologique (fondation Dupuytren). — M. Cornil : Anatomie pathologique des systèmes respiratoire et circulatoire, lundi vendredi à 5 heures (petit amphithéâtre), mercredi à 2 heures (Ecole pratique).

Thérapeutique et matière médicale. — M. Landouzy : Des indications thérapeutiques et des médicaments dans les affections du cœur, du rein, de la médication antiseptique dans les affections du tube digestif, lundi, mercredi, vendredi à 3 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pharmacologie. — M. Pouchet : Alcaloïdes (2e partie), glucosides, mardi, jeudi, samedi à 4 heures (amphithéâtre de pharmacologie).

Histoire de la médecine et de la chirurgie (fondation Salmon de Champotrau). — M. Lahoulbène : Histoire des grandes époques médicales jusqu'à nos jours, histoire des maladies parasitaires, biographies et bibliographies médicales, mardi, jeudi, samedi à 4 heures (petit amphithéâtre).

Conférences de médecine légale. — M. Brouardel : Conférences de médecine légale, lundi, mercredi, vendredi à 2 heures (à la Morgue).

CLINIQUES

Visite des malades tous les matins

Cliniques médicales. — MM. G. Sée, lundi, vendredi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu) ; Potain, mardi, samedi, à 10 heures (à la Charité) ; Jaccoud, mardi, samedi, à 9 heures 1/2 (à la Pitié) : Hayem, mardi, jeudi, samedi, à 10 heures (à l'hôpital Saint-Antoine).

Cliniques chirurgicales. — MM. Duplay, mardi, vendredi, à 9 heures 1/2 (à l'Hôtel-Dieu) ; Le Dentu, mardi, vendredi, à 9 heures 1/2 (à l'hôpital Necker) ; Tillaux, lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures 1/2 (à la Charité) ; Berger, lundi, vendredi, à 9 heures 1/2 (à la Pitié).

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Joffroy, mercredi, samedi, à 9 heures 1/2 (à l'hôpital Sainte-Anne).

Clinique des maladies des enfants. — M. Grancher (M. Marfan, agrégé, chargé de cours), mardi, samedi, à 4 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Fournier, mardi, vendredi, (à l'hôpital Saint-Louis).

Clinique des maladies du système nerveux. — M. Raymond, mardi, vendredi, à 9 heures 1/2 (à la Salpêtrière).

Clinique ophtalmologique. — M. Panas, lundi, vendredi, à 9 heures (à l'Hôtel-Dieu).

Clinique des maladies des voies urinaires. — M. Guyon, mercredi, samedi, à 9 heures (à l'hôpital Necker).

Cliniques d'accouchements. — M. Tarnier, mardi, samedi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, rue d'Assas) ; M. Pinard, lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal).

Professeurs honoraires : MM. Sappey, Pajot, Regnauld, Verneuil.

CONFÉRENCES

Physique médicale. — M. Weiss, agrégé : La méthode graphique, théorie physique de la vision, chaleur animale, mardi, jeudi, samedi, à midi précis (petit amphithéâtre).

Histoire naturelle. — M. Heim, agrégé : Parasites et maladies parasitaires, animaux venimeux, venins, intoxications alimentaires, produits animaux utilisés en thérapeutique, application de la zoologie à la médecine légale, organisation des vertébrés envisagée comme introduction à l'étude de l'anatomie et de la physiologie humaines, lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures (grand amphithéâtre).

Pathologie interne. — M. Chantin, agrégé : Les maladies infectieuses générales, lundi, mercredi, vendredi, à 6 heures (petit amphithéâtre).

Pathologie externe. — M. Jalaguier, agrégé : Tissus, os, articulations, vaisseaux, nerfs, membres, mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (petit amphithéâtre).

Maladies de la peau. — M. Gaucher, agrégé : Lèpre, lupus et tuberculoses cutanées, dermatoses suppuratives, teignes et dermatoses parasitaires, dimanche, à 10 heures 1/2 (à l'hôpital Saint-Louis).

Hygiène. — M. Netter, agrégé : Etiologie et prophylaxie des maladies épidémiques, mardi, jeudi, samedi, à 6 heures (petit amphithéâtre).

Obstétrique. — M. Bar, agrégé : La grossesse, accouchement normal, suites de couches normales et pathologiques, soins à donner aux nouveau-nés, pathologie de la grossesse, mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (grand amphithéâtre).

Anatomie (*Cours du chef des travaux anatomiques*). M. Poirier, agrégé : Anatomie topographique, mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (grand amphithéâtre).

TRAVAUX PRATIQUES

Physique. — M. Weiss, agrégé, chef des travaux : Manipulations de physique (Conférences et démonstrations), lundi, mercredi, vendredi, de 4 heures à 6 heures (Ecole pratique).

Chimie. — M. Hanriot, agrégé, chef des travaux : Manipulations de chimie (Conférences et démonstrations), mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 heures 1/2 (Ecole pratique).

Histoire naturelle. — M. Faguet, chef des travaux : Exercices pratiques, zoologie et botanique (Conférences et démonstrations), lundi, mercredi, vendredi, de 9 heures à 11 heures (Ecole pratique).

Anatomie. — M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques : Dissection (Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie), tous les jours, de 1 heure à 4 heures (Ecole pratique).

Histologie. — M. Rémy, agrégé, chef des travaux : Exercices pratiques d'histologie normale (Conférences et démonstrations), mardi, jeudi, samedi, de 2 heures 1/2 à 4 heures (Ecole pratique).

Anatomie pathologique. — M. Brault, chef des travaux : Exercices pratiques d'anatomie pathologique (Conférences et démonstrations), tous les jours à 2 heures (Laboratoire des travaux d'anatomie pathologique).

HYDROLOGIE MÉDICALE

Une eau minérale nutritive et reconstituante.

Dans la plupart des maladies aiguës et chroniques, le praticien voit surgir l'indication de prescrire une eau de régime, capable de rehausser le taux de la nutrition et de favoriser la restauration organique. En face de la multiplicité, toujours croissante, des eaux dites « de table » qui, tous les jours, inondent les pharmacies (étiquetées de fallacieuses promesses), l'homme de l'art souffre du plus perplexe des embarras : celui *du choix*. C'est pourquoi je veux rappeler à son souvenir le nom d'une source du Puy-de-Dôme, connue et appréciée, depuis des siècles, pour ses mérites puissamment reconstituants : c'est l'eau de *la Réveille*.

« La Réveille » (ainsi dénommée, dès 1150, par les moines de l'ordre de Cluny) mérite, au plus haut degré, cette dénomination bien suggestive, par l'action régénératrice qu'elle sollicite sur tous les actes de la physiologie nutritive. C'est une véritable « lymphe minérale » suivant la formule de Gubler, que cette eau bicarbonatée gazeuse, ferrugineuse et chlorurée, dont tous les éléments curatifs se trouvent réunis et pondérés, par la nature, avec un souci idéal de l'assimilation et de l'hématopoièse... 2 gr. 1/2 de bicarbonate de soude ; 2 grammes d'acide carbonique ; 25 centigrammes de bicarbonate de magnésie ; 7 centigrammes de bicarbonate de fer, et à peu près autant de chlorure de sodium : telle est, sommairement, la composition de cette eau, particulièrement fraîche aux muqueuses et exquise aux papilles linguales ; il suffit de méditer, un instant, cette analyse, pour percevoir, immédiatement, le grand parti, préventif et curatif, que la santé publique peut tirer de la vulgarisation d'une semblable perle hydro-minérale !

La Réveille possède une action élective sur toutes les parties du tube digestif, qu'elle stimule et tonifie puissamment. Apéritive et antibilieuse, elle relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin, calme les irritations des organes du ventre et apaise les souffrances les plus anciennes, liées aux maladies abdominales. Tels sont ses effets *immédiats* et *primitifs*. Lorsque son ingestion (à la dose moyenne d'une bouteille par jour, prise aux repas) est devenue *continue*, durant quelques semaines, on observe une transformation des plus tangibles dans la constitution générale du sujet : la richesse globulaire du sang augmente sensiblement ; l'organisme musculaire se vivifie et s'affermit, pendant que le système nerveux s'équilibre. Eminemment reconstituante, « la Réveille » est, par excellence, *l'eau de régime des faibles et des*

65e Année. 9e Série. Tome I N° 45 10 Novembre 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

De la Tarsoclasie instrumentale dans certaines formes de pied bot.

Par P. Redard, chirurgien du Dispensaire Furtado-Heine.

Nous désirons revenir sur cette importante question du traitement de certains pieds bots par la force, au moyen de machines puissantes, que nous avons recommandé en 1889 (Congrès français de Chirurgie, 4e session, 1889, page 327), en indiquant les résultats obtenus, les modifications que nous avons fait subir à nos appareils de redressement, en précisant les indications de la méthode.

Le massage forcé manuel, surtout recommandé par Delore (de Lyon), donne souvent de magnifiques résultats; mais assez fréquemment, de l'aveu même de Delore, ce procédé échoue et ne peut vaincre certaines résistances tendineuses ou osseuses et est impuissant à corriger l'enroulement et les déformations osseuses. Les mains de l'opérateur sont insuffisantes, en effet, pour assurer à la fois l'immobilisation de certaines parties du tarse, le redressement d'autres régions du pied, les pressions sur des surfaces osseuses déterminées. La force développée par l'opérateur a enfin des limites et est impuissante à triompher des obstacles au redressement tendineux et osseux des pieds bots invétérés des enfants d'un âge avancé; de là nécessité de demander à des machines puissantes le degré de force que la main seule du chirurgien ne peut donner.

Depuis la publication de notre mémoire sur ce sujet, un assez grand nombre d'orthopédistes, anglais et américains, ont adopté notre méthode de tarsoclasie. En France, Vincent (de Lyon) a obtenu de très bons résultats en se servant de l'ostéoclaste de Robin dans le but de produire une véritable tarsoclasie qu'il décrit sous le nom de tarsoplasie ou modelage du pied. Delore a récemment recommandé un tarsoclaste qui présente de nombreuses analogies avec notre machine de redressement du pied bot. Nous pensons qu'il y aurait de sérieux avantages à généraliser l'emploi de la tarsoclasie instrumentale qui permet de guérir radicalement de nombreux pieds bots invétérés et d'éviter les interventions sanglantes, ressource thérapeutique certainement très précieuse, mais qui présente des dangers et des inconvénients importants.

Le but du massage forcé et de la tarsoclasie est d'élonger ou de déchirer les parties fibro-tendineuses rétractées, de réduire les parties osseuses déplacées ou déformées en leur faisant subir une sorte de tassement, de mobiliser les articulations du pied jusqu'au redressement complet de la difformité.

Dans le cas le plus fréquent de varus équin invétéré, on doit agir sur les parties fibro-tendineuses rétractées de la partie interne du pied, qui maintiennent le pied enroulé, sur le tendon d'Achille et aussi sur les parties osseuses profondes, sur l'astragale en particulier saillante et subluxée. La force destinée à vaincre les résistances au redressement, à réduire l'astragale et à lui faire reprendre son rang au milieu des os du tarse, doit agir au moyen d'un levier puissant prenant point d'appui à la face externe et postérieure du pied au niveau de l'astragale, pendant que l'arrière et l'avant-pied sont solidement maintenus en position fixe. Cette triple pression nécessaire est obtenue par la disposition suivante de notre tarsoclaste qui se compose (fig. 1 et 2) :

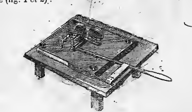


Fig. 1.
Notre premier modèle de tarsoclaste.

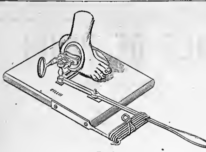


Fig. 2.
Le même, pendant l'application.

1° D'une planche résistante pouvant être fixée sur une table;

2° De deux pièces métalliques, fixées au centre de la planche, l'une antérieure, l'autre postérieure, légèrement concaves, reliées entre elles et présentant une série de trous; ces trous sont destinés à recevoir des tiges rondes verticales, soudées au centre de plaques métalliques concaves, bien matelassées. Les plaques fixes destinées au talon diffèrent de celles qui doivent presser sur l'avant-pied;

3° D'un long bras de levier avec un manche en bois, fixé en un point sur la partie antérieure de la planchette, venant se terminer d'un côté sur une glissière horizontale, maintenue par deux boulons, de l'autre sur une tige verticale qui s'articule à son extrémité avec une deuxième tige portant une plaque concave assez large et différant de forme suivant les cas. L'articulation de cette plaque est disposée de telle sorte, qu'elle peut être dirigée en divers sens. Deux vis latérales, mues par une forte clef, servent à éloigner ou à rapprocher la plaque.

La glissière, mentionnée plus haut, permet au levier une action beaucoup plus énergique sur cette plaque.

Afin d'obtenir une pression puissante et soutenue, on enroule un fort lien de caoutchouc d'un côté sur le bras du levier, de l'autre sur une tige en fer résistante fixée sur un côté de la planche (fig. 2). La force dont on dispose est ainsi considérable; on peut l'augmenter ou la diminuer, suivant le nombre de tours de bande de caoutchouc.

Dans un récent et nouveau modèle de tarsoclaste (fig. 3), construit sur nos indications par M. Collin, nous avons fait subir d'importantes modifications à notre premier appareil, portant sur la partie sur laquelle se fixent les plaques internes de l'appareil.

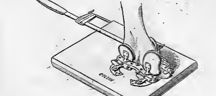


Fig. 3.
Notre nouveau modèle de tarsoclaste.

La pièce métallique, destinée à recevoir les plaques internes, antérieure et postérieure, est reçue dans un tourillon central sur lequel elle pivote. On peut l'immobiliser à différents degrés, au moyen de deux vis correspondant à des trous d'un arc de cercle métallique fixé sur la planche.

Les tiges rondes, qui supportent les plaques, peuvent en outre être placées en divers trous creusés dans la pièce métallique et immobilisées dans diverses positions au moyen de vis que l'on actionne par une clef à manche.

Cette nouvelle disposition a pour avantage de permettre de fixer et d'immobiliser très rigoureusement le pied dans la position la plus favorable au redressement. Les pressions s'exercent, pendant toute la durée de la séance de redressement, dans les points fixes déterminés, sans crainte de voir le pied s'échapper, à un certain moment, de l'appareil. Toute la force développée par le tarsoclaste est rigoureusement appliquée au redressement du pied bot.

Voici le mode d'application et de fonctionnement de notre appareil;

Soit un pied bot varus équin droit à redresser. Le sujet étant profondément anesthésié, reposant sur une table avec matelas dur, la jambe droite est pliée sur le rebord de la planche en position verticale, le pied reposant bien à plat sur la planche de l'appareil. Les deux plaques internes, d'une courbure appropriée, sont placées très exactement: l'une au niveau du talon, l'autre au niveau de l'avant-pied. La partie métallique supportant les plaques est ensuite immobilisée au moyen des vis dans la position la plus favorable au redressement. Les tiges rondes supportant les plaques sont en dernier lieu immobilisées au moyen des autres vis, lorsque le degré d'inclinaison desdites plaques, permettant les contacts précis avec la partie interne du pied, a été obtenu. La plaque externe est mise en contact au moyen de la vis à clef avec la région postéro-externe du pied, au niveau de la saillie de l'astragale et de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, en évitant tout contact avec la malléole externe. Des feuilles de feutre blanc, peu épais, en nombre convenable, garnissent la partie interne des plaques, afin d'éviter des pressions trop fortes.

Le pied ainsi disposé, on met le levier en mouvement, d'abord avec une force modérée, examinant si le redressement se produit, si la tension de la peau et des ligaments n'est pas trop forte à la partie interne du pied au niveau de l'enroulement, si toutes les parties osseuses saillantes sont protégées.

Alors seulement on place la bande en caoutchouc suivant les indications de la figure 2. On ne fait d'abord que quelques tours de bande en augmentant ensuite jusqu'au redressement exagéré, l'avant-pied étant fortement porté en dehors. On répète la manœuvre à quatre ou cinq reprises, laissant chaque fois la bande de caoutchouc en place pendant cinq minutes.

On peut aussi imprimer à la jambe des mouvements latéraux de dedans en dehors, une main placée au niveau du genou, l'autre immobilisant les malléoles, de façon à ce que la région latérale externe et postérieure du pied vienne butter avec force contre la plaque de pression externe, aug-

mentant la réduction et le redressement obtenus par les premières manœuvres.

Pour remédier à l'équinisme, on peut relever en avant la planche, le pied maintenu dans l'appareil comme précédemment, en produisant des mouvements de plus en plus étendus de flexion du pied sur la jambe. On pratique du massage au niveau du tendon d'Achille pendant cette manœuvre.

L'appareil est disposé de telle sorte qu'il peut se transformer rapidement et servir pour le pied droit ou le pied gauche.

Le mode d'action de l'appareil est facile à comprendre. Les deux plaques internes restant immobiles et servant de points d'appui, la plaque externe vient exercer une pression de réduction considérable au niveau des os subluxés et déplacés, principalement au niveau de l'astragale; elle permet l'allongement par élongation ou rupture des parties fibro-tendineuees rétractées qui s'opposent au redressement.

Un des avantages de notre machine est de permettre de développer une grande force pendant un certain temps, sans brusquerie. Elle permet des distensions, des ruptures des ligaments et aponévroses, en évitant des désordres importants et particulièrement des déchirures de la peau, des fractures osseuses, inutiles et dangereuses, qui se produisent par l'emploi d'autres machines et en particulier des ostéoclastes.

La tarsoclasie doit agir seulement sur les parties rétractées, saillantes ou subluxées, qui s'opposent au redressement.

Les redressements brusques en une seule séance ne doivent pas être recommandés comme règle générale. Dans certains cas, avec résistance considérable, nous préférons faire plusieurs séances de mobilisation jusqu'au redressement complet. Nous pensons qu'il y a avantage à obtenir la réduction des pieds bots avec un minimum de rupture osseuse ou fibro-tendineuse.

On comprend d'après les indications précédentes, la supériorité de la tarsoclasie instrumentale sur le redressement forcé manuel dans les pieds bots importants et difficiles. La force développée par la main est pénible, l'effort ne peut être soutenu sans secousses qui retentissent sur les articulations voisines.

Il est remarquable de voir, au sortir de l'appareil, des pieds, auparavant rigides et notablement déformés, devenir flexibles, malléables, se redressant sous l'influence d'un léger effort manuel. La tarsoclasie mobilise très heureusement les articulations médio-tarsiennes et tarsiennes rigides et ankylosées.

Pendant toute la durée de l'application de l'appareil, il faut veiller avec grand soin, prêt à s'arrêter en temps opportun, sans se laisser cependant effrayer par quelques craquements dus à des ruptures osseuses ou ligamenteuses.

Chez les enfants, jusqu'à l'âge de 16 ans, la tarsoclasie modifie la forme des os déplacés (astragale, calcanéum) et leur fait reprendre leur place au milieu du tarse, plutôt par *tassement* que par *écrasement*.

Dans les nombreuses applications de notre méthode, nous n'avons jamais eu d'accidents douloureux ou inflammatoires consécutifs, nous indiquant des fractures ou des écrasements osseux importants.

Le pansement a une grande importance. Le pied doit être maintenu très exactement redressé dans un appareil plâtré remontant au-dessus du genou. Une planchette matelassée, répondant à la face plantaire, permet au pied de se développer et de donner un point d'appui aux mains qui maintiennent le membre en abduction pendant que le plâtre sèche. Des lanières de feutre mou sont placées sur les bords externe et interne du pied, afin d'éviter toute pression à ce niveau.

L'appareil est laissé en place pendant un ou deux mois. En général, une seule application du tarsoclaste suffit. Si, dans quelques cas, au moment de l'enlèvement de l'appareil plâtré, le résultat obtenu est imparfait, on fait une nouvelle séance de redressement.

Après le redressement définitif, on recommande un appareil de contention très simple.

Les ténotomies et les aponévrotomies ne sont pas des contre-indications au redressement consécutif immédiat avec notre tarsoclaste.

Les résultats éloignés des tarsoclasies sont en général très satisfaisants. Les récidives sont exceptionnelles.

Nous notons dans nos observations que l'atrophie du pied et de la jambe, à la suite de ces opérations, est très heureusement et rapidement modifiée. Le rétablissement de la forme et de la fonction du pied permet aux os de récupérer leur configuration presque normale, aux articulations de reprendre leurs mouvements, aux muscles de se développer.

La durée du traitement des pieds bots par la tarsoclasie instrumentale varie suivant la variété et le degré de la difformité. En général, la guérison est obtenue après une seule séance de redressement, au bout de deux à quatre mois. Nous ne pouvons citer en détail nos observations de redressement forcé par la tarsoclasie que nous avons adoptée depuis l'année 1887. Plus de deux cents pieds bots ont été opérés avec d'heureux résultats par notre méthode, dans notre service d'orthopédie du Dispensaire Furtado-Heine ou dans notre clientèle. Les figures 4, 5, 6, repro-

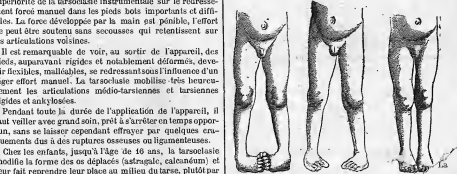


Fig. 4. Avant le traitement.

Fig. 5. Après la première séance de redressement avec notre tarsoclaste (au deuxième mois).

Fig. [6]. Après la deuxi[ème séance] de redresse[ment avec] notre tarso[claste (au] quatrième [mois).]

(D'après des photographies de notre collection.)

duites d'après des photographies d'un de nos malades, indiquent les résultats que l'on peut obtenir dans des formes très graves de pieds bots congénitaux.

Les indications de la tarsoclasie instrumentale sont nombreuses. Notre méthode permet de reculer la limite du traitement des pieds bots invétérés et difficiles par les méthodes non sanglantes. Elle s'adresse particulièrement aux pieds bots varus équins congénitaux; elle convient surtout chez l'enfant qui a marché et dont le pied bot présente des résistances importantes au redressement. La tarsoclasie réussit d'autant mieux que les sujets sont plus jeunes, que les os sont moins résistants, malléables. Chez les adolescents on peut cependant obtenir d'excellents résultats par ce procédé. Chez les jeunes enfants, jusqu'à l'âge de 4 à 6 ans, le redressement manuel suffit en général. Dans quelques cas rebelles au redressement manuel, nous avons dû pratiquer la tarsoclasie instrumentale.

Cette méthode agit d'une façon efficace sur l'enroulement médio-tarsien, sur les déplacements osseux, en un mot sur les pieds bots prononcés ou invétérés du jeune âge et de l'adolescence.

La règle que nous avons adoptée et que nous recommandons consiste, du reste, à se renseigner, après anesthésie du sujet, sur le degré de résistance du pied bot et sur la nature des obstacles. Si le redressement manuel échoue, on place le pied dans le tarsoclaste et les premières tentatives de redressement indiquent le résultat que l'on pourra obtenir.

Dans un très grand nombre de cas, les tarsoclasies doivent être préférées aux tarsotomies. De l'examen attentif des observations de tarsotomies pour pieds bots difficiles ou invétérés, si largement pratiquées dans ces dernières années, il résulte, ainsi que nous l'avons déjà signalé dès l'année 1889, que la plupart des sujets traités, quelques-uns avec des résultats imparfaits, par des opérations sanglantes, auraient pu être guéris par la tarsoclasie instrumentale.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies infectieuses.

I. Remarques sur la grippe épidémique ou influenza en 1889-90-91-93, par M. Léotide Duffau. Th. Paris, 1894.

II Contribution à l'étude clinique de la grippe. — Grippe à déterminations multiples, par M. Emile Bonnelière. Th. Paris, 1894.

III. De la grippe et de ses complications, par M. Charpentier. Th. Paris, 1894.

IV. De l'infection par le streptocoque au cours et au déclin de la grippe, par M. Alexandre Petit. Th. Paris, 1894.

V. De l'érysipèle atténué primitif, par M. Ch. Horay. Th. Paris, 1894.

VI. De l'érysipèle dans les maladies du foie, par M. Bridiers-Villemor. Th. Paris, 1894.

[illegible]tribution à l'étude de l'urobilinurie et de la gly[illegible] dans l'érysipèle, par M. Ch. Roy. Th. Paris, 1894.

[illegible]ai d'urologie clinique dans l'érysipèle, par M. Louis [illegible] Th. Paris, 1894.

[illegible]ibution à l'étude des ictères épidémiques, par [illegible]ux. Th. Paris, 1894.

X. Contribution à l'étude du zona épidémique et infectieux, par M. Georges Debray. Th. Paris, 1894.

XI. Contribution à l'étude du rhumatisme aigu, par M. Julien Hardiviller. Th. Paris, 1894.

Les thèses que nous analysons aujourd'hui ont trait à des entités morbides qui se rapprochent par un côté commun : maladies infectieuses, elles se développent spontanément et sont susceptibles à l'occasion de se transmettre par contagion. En langage bactériologique, cela signifie que ces maladies sont le résultat d'une auto-infection qui peut se répandre par hétéro-infection.

Donc, pas de germe pathogène spécifique, puisque l'organisme renferme en soi de quoi satisfaire à l'infection, alors même que tout risque d'infection par contagion antérieure est écarté. On ne découvre comme agents pathogènes que des microbes médiocrement spécifiques (staphylocoques, streptocoques, pneumocoques, coli-bacilles) qui s'adaptent à des fonctions diverses suivant la nature du terrain où ils entrent en virulence. Le germe pathogène fait l'infection. A l'organisme de décider la maladie infectieuse qui sera la conséquence de cette infection.

I, II, III, IV. — A supposer qu'il s'agisse de grippe endémique, il ne semble pas que la symptomatologie de cette maladie soit destinée à se renouveler de sitôt. Les nombreux mémoires publiés sur la grippe dans ces dernières années ont momentanément épuisé le sujet. MM. Duffau, Bonnelière, Charpentier n'ajoutent rien à ce que nous savions déjà. Ils se contentent de dessiner les grandes lignes de l'infection grippale.

M. Petit restreint davantage le champ de ses investigations. Il nous parle de l'infection par le streptocoque au cours et au déclin de la grippe. C'est dire qu'il croit à un microbe spécifique de la grippe, microbe que viennent renforcer les bataillons des infections secondaires. Quel est ce microbe spécifique? Assurément le microorganisme, décrit par MM. Roux, Pittion et Teissier, a chances de s'imposer au public médical. Seulement, il suffit de rappeler la mutabilité étrange de ce microorganisme, qui, suivant les milieux de culture, devient staphylocoque, streptocoque ou diplobacille, pour que l'observateur impartial se demande si ce microbe pathogène d'aspect si variable ne s'applique pas simplement à une variété de streptocoque. Le clinicien interviendra pour appuyer cette idée: il fera valoir cet argument que l'influenza ne représentant qu'une transformation virulente de la grippe endémique et cette dernière naissant dans la grande majorité des cas par auto-infection, on ne peut rattacher l'apparition de l'influenza à l'action d'un agent spécifique. Tout cela, plus tard, paraîtra évident.

V. — L'érysipèle est une complication assez fréquente de la grippe. Ce n'est pas de cette forme que s'occupe M. Horay. Il n'a en vue qu'une variété peu grave de l'érysipèle qu'à l'exemple de son regretté maître, M. Jubel-Rénoy, il baptise du nom d'érysipèle atténué primitif. Absence de prodromes et de phénomènes généraux, apyrexie ou fièvre éphémère et très modérée, dermite plus ou moins intense, à bourrelet plus ou moins saillant: tels sont les caractères de l'érysipèle atténué qui ne doit nullement son peu de gravité à une sorte d'immunité conférée par une atteinte antérieure. Sur 390 érysipélateux observés par M. Horay, 247 en étaient à leur première atteinte, et, parmi ces derniers, 63 avaient fait de l'érysipèle atténué primitif. L'auteur attribue à une diminution dans la virulence du streptocoque l'allure bénigne de la pyrexie érysipélateuse ; c'est là une opinion que nous partageons pleinement, tout en ne pas oubliant la part qu'il convient de faire à l'action du terrain sur le germe pathogène. Il est toujours difficile de décider si l'allure bénigne d'une maladie infectieuse est due à l'activité amoindrie du germe pathogène ou à l'état d'un organisme réfractaire à l'infection. Quoi qu'il en soit, les constitutions médicales enregistrent fréquemment ces périodes d'épidémicité remarquables par leur peu de gravité. Dans un mémoire que nous avons adressé à l'Académie cette année, nous

insistons sur la tournure abortive que prenaient les érysipèles, tandis qu'à côté d'eux sévissait la scarlatine apyrétique. On pouvait admettre que le streptocoque qui à coup sûr est l'agent de l'érysipèle et peut-être fut aussi la scarlatine, que ce germe pathogène, de virulence épuisée, n'était plus capable de réaliser de la fièvre sur les individus qu'il infectait.

VI. — Si la constitution médicale a pouvoir d'atténuer les virulences microbiennes, les tares de l'organisme infecté s'empressent de réveiller ces virulences. Ainsi une lésion hépatique préexistante influe sur la marche clinique de l'érysipèle, la mesure de cette influence étant fournie par l'état de la cellule hépatique : si cette dernière est peu altérée, le pronostic de l'érysipèle est peu grave (cirrhose hypertrophique biliaire, cirrhose hypertrophique alcoolique). Dans les cas, au contraire, où la cellule hépatique est fortement lésée, l'érysipèle se termine d'ordinaire par la mort (cirrhose atrophique de Laënnec, stéatose hépatique d'origine alcoolique). Et cela est encore vrai pour d'autres maladies, telles que la cirrhose diabétique, le cancer et l'abcès du foie, le foie cardiaque et paludéen qui aggravent le pronostic de l'érysipèle proportionnellement à l'altération des cellules hépatiques. Ces faits s'expliquent par la connaissance des fonctions du foie et de son rôle protecteur contre les poisons. Aussi bien, c'est à quoi se borne l'action du foie sur l'érysipèle. L'aspect clinique de l'infection érysipélateuse, sauf sa gravité plus grande, n'est modifié en rien. L'érysipèle des hépatiques est l'érysipèle des individus bien portants.

Parfois, au lieu de compliquer une lésion hépatique, l'érysipèle la provoque. C'est ce que l'on observe dans les érysipèles à longue durée, alors que le tissu hépatique est lésé tantôt par les substances toxiques circulant dans l'organisme, et dans ces cas, il présente une lésion diffuse avec tuméfaction, trouble ou dégénérescence graisseuse des cellules, et tantôt ce sont les streptocoques qui, pénétrant directement dans le foie, lui donnent une teinte marbrée que dessinent des surfaces d'apparence anémique alternant avec des points congestionnés (foie infectieux). Inspiré par M. Roger, le travail de M. Bridiers de Villemor est fort intéressant.

VII. — La possibilité pour le foie d'être compromis au cours de l'érysipèle nous rend compte de l'urobilinurie que M. Roy a trouvée dans les érysipèles graves. A opposer à cette fréquence de l'urobiline dans les urines l'extrême rareté de la glycose, quelle que soit la gravité de l'érysipèle.

VIII. — En général, l'urologie de l'érysipèle ne se distingue par aucune particularité : augmentation relative de l'urée pendant la période aiguë, diminution des phosphates suivie de décharges brusques qui surviennent surtout lors de la convalescence, abaissement du chiffre des chlorures, fréquence d'une albuminurie peu grave due au passage à travers le filtre rénal des toxines érysipélateuses, telles sont les notions sur lesquelles insiste M. Marsat. L'indican qui est assez fréquemment perçu semble sous la dépendance des troubles gastro-intestinaux ou de la fièvre.

IX. — M. Chauffard accorde comme causes possibles de l'ictère l'infection et l'intoxication. Dans sa thèse, M. Lireux relate l'histoire de trois petites épidémies d'ictère où 3 à 4 malades s'alitèrent à peu de jours d'intervalle dans une même maison ou dans des groupes rapprochés d'habitations. L'auteur attribue ces ictères à la mauvaise aération et aux émanations de matières putrides. Dans une observation, à ces conditions défectueuses s'associait la distribution d'une eau impure. Des toxines volatiles aussi bien qu'une infection par voie hydrique avaient donc pu intervenir comme facteurs étiologiques.

X. — Ce que M. Chauffard a fait pour l'ictère, M. Landouzy l'a établi pour le zona. C'est là aussi une maladie infectieuse qui peut devenir épidémique. M. Debray nous rapporte deux épidémies circonscrites de zona : la première ayant apparu en septembre 1892 et ayant frappé 5 personnes ; la seconde, ayant atteint, en août 1893, un nombre de malades égal. Un cas de contagion assez nette : un domestique de ferme remplace un individu atteint de zona et couche dans le lit qu'occupait antérieurement son camarade, huit jours après, zona thoracique développé chez le remplaçant.

Plus fréquemment qu'à la contagion la propagation du zona est liée à une influence saisonnière s'exerçant sur des personnes soit vent éloignées les unes des autres. Ainsi, dans les quinze premiers jours de septembre dernier, nous venons de traiter quatre zonas (un zona ophtalmique, un thoracique, un cervico-brachial, un lombo-abdominal) chez des vieillards ayant dépassé la soixantaine et habitant des localités différentes, en sorte qu'aucun contact n'avait pu être opéré entre eux.

XI. — Le rhumatisme articulaire aigu est soumis à des conditions épidémiologiques analogues. Il s'attaque dans un même temps à des individus séparés ou parfois, comme nous l'avons établi dans la *Gazette* (1892, p. 160), semble rayonner par contagion. M. Hardiviller insiste dans sa thèse sur l'action spécifique du salicylate de soude et donne une observation où le rhumatisme articulaire aigu s'est à la longue transformé en rhumatisme chronique partiel.

A L'ÉTRANGER

ITALIE

Résection partielle du foie.

M. Tricomi (de Padoue) (*Policlino Sez. Chir.*) a eu trois fois l'occasion de faire une résection partielle du foie. La première fois, il s'agissait d'un kyste hydatique et l'opération s'est terminée par la guérison ; la seconde fois, c'était un syphilôme pédiculé, mais la tentative fut moins heureuse, car le malade succomba au schok. Nous rapportons ici l'observation de la troisième opération motivée par une tumeur du lobe gauche du foie et portant, par conséquent, sur cette partie de l'organe.

Un homme, âgé de 27 ans, se plaignait depuis assez longtemps d'une pesanteur à la région épigastrique, surtout après les repas et après la marche. Il remarquait que cette région grossissait petit à petit malgré tous les traitements médicaux, auxquels il avait eu recours. Les troubles fonctionnels augmentant de plus en plus, Tricomi se décida à faire l'opération suivante :

Incision du nombril à l'appendice xyphoïde, suivie d'une seconde incision partant de l'extrémité supérieure de la première et se dirigeant vers la droite. Le foie ainsi mis à nu, on coupe tout ce qui attache le lobe gauche aux parties voisines, la partie gauche du ligament coronaire, le ligament triangulaire gauche. On jette une ligature élastique sur le sillon longitudinal gauche de l'organe, et l'on tire hors du péritoine une tumeur de 19 centimètres de long, 14 centimètres d'épaisseur et 40 centimètres de circonférence à la base. La ligature élastique s'étant rompue, on essaya de la remplacer par des fils métalliques et de détruire la tumeur au thermocautère. Mais on dut y renoncer à cause de la trop grande perte de sang produite par ce procédé. Ce n'est que trois jours plus tard qu'on put isoler et enlever un premier morceau de cette tumeur. Le lendemain, la seconde partie de la tumeur fut extirpée à son tour.

Le malade ne présenta qu'une élévation de température assez modérée, mais vomit fréquemment un liquide brun, comme du café, qu'on retrouvait aussi dans ses selles. La plaie fut cicatrisée au bout de neuf à dix semaines.

Les masses retirées pesaient un kilogramme ; l'examen microscopique a montré qu'on se trouvait en présence d'un adénôme tubulaire dépendant des canaux biliaires.

Tricomi en conclut qu'il faut faire de semblables opérations en deux temps : d'abord isoler la partie du foie malade et la suturer à la plaie abdominale, et ensuite seulement procéder à l'ablation de la tumeur. Il ne croit pas que le foie subisse des dégâts durables.

AMÉRIQUE

Traitement des maladies chroniques du cœur par les bains et le massage.

Le traitement mécanique des maladies chroniques du cœur a été aujourd'hui accepté par les médecins qui lui considèrent une certaine valeur. Ce traitement consiste dans un exercice régulier de la marche. Le malade doit faire chaque jour des courses dont la longueur est déterminée d'avance et qui suit une progression croissante. En outre, le malade doit, chez lui, faire des exercices de gymnastique et prendre des bains.

Outre cette méthode de cardio-thérapie, nous parlerons de la méthode imaginée par les frères Schott, à Nauheim. M. le Dr W. Bezly Thorne a récemment décrit la remarquable efficacité du traitement de Schott et rapporté un certain nombre de cas heureux (*Lancet, May 1894*). Les malades traités à Nauheim suivent une méthode qui a été élaborée « après huit années d'études ». Ce traitement consiste en bains et en mouvements actifs et passifs. Les bains les plus fréquemment employés sont ceux qui contiennent une proportion de 1.50 pour cent de chlorure de sodium, 1.50 pour mille de chlorure de calcium et des sels de fer avec une proportion variable d'acide carbonique. Ces bains possèdent une température moyenne de 41 à 42° ; on les donne tous les jours. Ils sont suivis d'un repos d'une heure dans la position couchée, tandis que, dans le bain, le malade est soumis à des mouvements variés. Les extrémités subissent, de la part de l'opérateur, des mouvements lents de flexion, d'extension, d'adduction, d'abduction, de rotation, etc. Pendant ce temps-là, le malade doit respirer lentement et opposer de la résistance.

Les effets produits se manifestent par une diminution de la dilatation du cœur et un retard dans la vitesse du pouls. La technique exacte de ce traitement ne peut, d'ailleurs, s'acquérir aisément que par l'expérience. Les bains peuvent être préparés artificiellement, ce qui rend, pour le médecin, l'application de ce traitement encore plus facile. (*Medical Record.*)

AUTRICHE

La symphyséotomie.

Autant l'*opération de Farabeuf* a de succès en France, autant elle semble être peu prisée par les accoucheurs autrichiens qui rencontrent, à chaque pas, des contre-indications à cette opération. C'est du moins l'idée que l'on se fait à la lecture du compte rendu de l'une des dernières séances de la Société obstétricale de Vienne, au cours de laquelle la question a été discutée.

M. Richard Braun est venu d'abord lire l'observation d'un cas de mort, qui porte à quatre le nombre des insuccès survenus dans la clinique du professeur Braun, sur 12 symphyséotomies que l'on y a pratiquées. Il s'agissait, dans ce cas, d'une primipare de vingt-trois ans, à bassin rachitique dont le diamètre mesurait 7 cent. 1/4, et que l'on symphyséotomisa trente-six heures environ après le commencement du travail. On réussit à extraire par la version un enfant à l'état d'asphyxie, mais que l'on put ranimer ensuite. L'utérus, au lieu de se contracter, resta flasque et il survint une hémorrhagie abondante qui fut arrêtée par le tamponnement de l'utérus et le massage. La malade perdit toutefois une grande quantité de sang, sa température s'éleva et elle succomba 20 jours plus tard des suites d'une pyohémie. Cette pyohémie était due à ce que la femme avait été infectée par l'exploration obstétricale, et Braun pose en principe que l'on ne doit faire la symphyséotomie que lorsque l'on est sûr de l'état aseptique de la parturiente.

D'autre part, la symphyséotomie pratiquée avec ou sans suture périostique ou osseuse ne donne pas partout les mêmes résultats. En général, les résultats au point de vue de la marche, de la capacité du travail sont à peu près les mêmes. Il y a des opérées chez lesquelles la réunion de la symphyse ne laisse rien à désirer, il y en a d'autres où la symphyse demeure un tant soit peu mobile sans que, cependant, cette mobilité s'accompagne de troubles fonctionnels graves. La suture périostique ou osseuse n'offre donc pas de bien grands avantages ; c'est d'ailleurs une complication à l'opération. Il vaut mieux y renoncer.

Herzfedd ne partage pas les opinions émises par Braun. Pour lui, la suture est nécessaire. Si on ne la fait pas, on est obligé d'avoir recours à un appareil inamovible, appareil qu'il faut enlever au bout de huit jours, parce que la malade ne peut le supporter.

Schauta admet au contraire, avec Braun, que l'on n'opère pas toujours en ville aussi aisément qu'à l'hôpital. Mais on peut, en échange, avoir recours à la suture métallique, à condition qu'on la fasse bien et que l'on ne noue les fils qui passent à travers le pubis et le périoste qu'à la fin de l'opération.

LE CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Pour en finir.

Dans la *Gazette Médicale* du 27 octobre dernier (n° 43, p. 507), j'ai cité — entre guillemets — sans même formuler une opinion personnelle, les termes dans lesquels l'*Union Médicale*, la *Gazette des Hôpitaux*, le *Journal des Praticiens* et le *Lyon Médical* appréciaient la « décentralisation » du Congrès français de Chirurgie. Dans le *Progrès Médical* du 3 novembre dernier (n° 44, p. 308), mon ami Marcel Baudouin prétend que j'ai fait ainsi « une salade qui, si elle manque un peu de sel, n'est pas dépourvue de vinaigre ». Cela n'est guère aimable pour les confrères que j'ai copiés ; mais, comme ils ont tous bec et ongles pour se défendre, je me garderais bien (qui me croirait, du reste ?) rééditant un mot déjà bien vieux et continuant à utiliser l'emprunt fait par mon ami Baudouin à la liste des denrées alimentaires, de lui répondre que, par une juste compensation des choses, ses articles, à lui, « sentent un peu l'huile ».

Non pas cependant qu'il soit très onctueux, le critique du *Progrès Médical*. « Ce serait à mourir de rire, si ce n'était scandaleux et navrant », écrit-il, en manière de conclusion au jugement qu'il porte sur les articles de nos confrères et sur le nôtre. C'est vraiment, il faut l'avouer, mourir, se scandaliser et se navrer facilement. Il n'est pas possible que mon ami Baudouin ait une pareille susceptibilité ; il aurait vraiment trop à souffrir.

« Je le crois bien, ajoute-t-il, que nous tenons à être seul de notre avis, quand seul nous disons la vérité. » Il paraîtra, sans doute, à chacun que mon camarade a plus d'assurance que d'humilité. J'ai, pour ma part, moins de confiance en moi ; voici donc ce que je pense, au risque de me tromper.

Je dois dire d'abord que je n'ai point assisté aux séances

du Congrès de Lyon; « je suis resté tranquillement à Paris, le nez sur les malades, à l'hôpital Cochin », comme dit mon ami Baudouin, dans une élégante métaphore qui, si elle ne flatte pas beaucoup mon acuité visuelle, ne manquera pas au moins d'amuser ceux qui savent combien d'hémorrhoïdes et de fistules anales on opère dans le service de mon cher maître Quénu dont je suis le chirurgien assistant. Donc, c'est bien entendu, je n'ai pas fait le voyage de Lyon; aussi me suis-je gardé de toute appréciation personnelle sur le Congrès et sur les visites que ses membres ont faites dans les hôpitaux de la ville. Je sais seulement — entre autres choses — pour avoir causé à plusieurs de mes collègues, que, d'une part, les chirurgiens lyonnais n'auraient rien perdu dans l'esprit de leurs confrères à ce qu'on ne fréquentât ni leurs salles de malades ni leurs amphithéâtres, et que, d'autre part, quelques chirurgiens de Bordeaux (et de la meilleure marque) ne réclament point momentanément pour leur ville l'honneur d'une session.

A mon sens, les membres de l'Association française de Chirurgie se divisent, ou se diviseront bientôt, en deux catégories : la catégorie de ceux qui désirent la prospérité du Congrès, et la catégorie de ceux qui ne seraient pas fâchés de le voir disparaître. Quand viendra, chaque année, le moment de désigner le lieu de la réunion prochaine, les premiers voteront pour Paris, les seconds pour la province. Je ne fais point partie du Congrès, ayant négligé jusqu'à ce jour de me faire inscrire parmi ses membres; si j'étais de ceux-là, peut-être ne serais-je pas éloigné, comme mon ami Baudouin, de.....; mais, je le répète, je ne fais pas encore partie du Congrès français de Chirurgie.

Pierre Sebileau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 novembre. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Cure radicale d'une hydronéphrose congénitale.

M. Martin (de Genève). — Chez un enfant de deux ans, rachitique, j'ai constaté, dans la région ombilicale et dans l'hypochondre gauche, l'existence d'une tumeur arrondie, dure, pâteuse dans une partie de son étendue, séparée du foie par un sillon évident, fluctuante et donnant la sensation de flot. Une ponction exploratrice donna issue à 600 grammes de liquide; elle fut suivie de douleurs abdominales et de vomissements qui se calmèrent bientôt. Je tentai la cure radicale de la tumeur six jours après cette première intervention. Je pratiquai donc une longue incision lombaire; la tumeur fut aisément attirée, ainsi que le bile rénal, jusque dans la plaie, et je pus faire la néphrectomie sans grande difficulté. Les suites furent heureuses et le jeune enfant guérit rapidement. A l'examen de la pièce, on put constater que l'orifice de l'uretère était très étroit; dans cette atrésie congénitale résidait évidemment la cause de l'hydronéphrose. Je ne suis pas partisan de la ponction comme traitement de l'hydronéphrose; elle est souvent inefficace et, la plupart du temps, suivie d'accidents. D'autre part, la néphrectomie me semble bien préférable à la néphrotomie; pour la pratiquer, la voie lombaire me paraît valoir mieux que la voie transpéritonéale.

Le bouton de Murphy.

M. Quénu. — A propos de la dernière communication de M. Richelot, je dois dire que je partage absolument l'avis de mon collègue sur l'utilisation, dans la résection iléo-cæcale, du bouton de Murphy. Les reproches que Chaput a adressés à l'anastomose intestinale par le bouton de Murphy sont purement théoriques; ni les mensurations sur le cadavre, ni les expériences sur les chiens ne peuvent valoir contre les faits observés. Or, je vous présente un bouton de Murphy rendu huit jours après l'opération par un malade à qui j'ai pratiqué la gastro-entéro-anastomose et qui, trois semaines après l'intervention, sortait guéri de l'hôpital et reprenait aussitôt après sa pénible profession de couvreur de toitures.

La cystostomie sus-pubienne.

M. Routier. — Depuis que je suis chirurgien de l'hôpital Necker, j'ai eu l'occasion de pratiquer une douzaine de fois la cystostomie sus-pubienne. En posant d'une façon précise les indications de cette opération et en montrant qu'il ne fallait pas en abuser, notre collègue Tuffier a fait, pour la cystostomie sus-pubienne, un très heureux plaidoyer. C'est là, à mon sens, et nous sommes tous d'accord sur ce point, une excellente intervention contre la cystalgie d'abord, contre certains phénomènes de rétention chronique ensuite, ce qui est le point capital, et enfin une très bonne opération préliminaire adjuvante; mais je ne veux point m'occuper de cette dernière question. Pour juger les indications et la valeur de la cystostomie, il importe de résoudre d'abord cette première donnée du problème : Est-ce une opération grave? Ici, la réponse est difficile et il est impossible, à cet égard, de donner un pourcentage fidèle. Il faut tenir compte, en effet, que, très souvent, on opère des malades arrivés au dernier degré de l'infection et de la cachexie. Pour tirer une conclusion sur ce point, il faudrait mettre, en regard de la mortalité après l'opération, la mortalité sans opération. Or, que de vieux prostatiques ne voit-on pas mourir un ou deux jours après leur entrée à l'hôpital, avant même qu'on ait pu intervenir? Cela acquis, c'est par des faits qu'on peut apprécier la valeur thérapeutique de la cystostomie. A ce propos, voici quelle est mon expérience personnelle. D'abord, je dois dire que je n'ai jamais eu à pratiquer l'opération pour des accidents de rétention aiguë; en usant de moyens divers, j'ai toujours pu réussir, dans ces cas, le cathétérisme. Contre les phénomènes douloureux, je l'ai pratiquée cinq fois dans des conditions différentes; un seul malade est mort; chez tous les autres, les résultats ont été excellents. Dans les cas de rétention, j'ai fait sept fois la cystostomie — je ne me décide, du reste, à intervenir que quand tous les autres moyens ont échoué — et, de ces sept malades, trois sont morts. Sur tous les autres, le succès a été complet. Ce qu'il y a de plus remarquable chez tous, c'est la rapide diminution de volume que j'ai observée du côté de la prostate, et c'est là un fait dont il faut tenir grand compte dans le jugement définitif à porter sur la cystostomie. Le reproche qu'on a fait à cette opération de laisser après elle une infirmité pire que toutes les souffrances, n'est pas toujours absolument fondé; il existe, en effet, des opérés qui n'ont pas d'incontinence. Au reste, la fistule est facile à fermer et on doit la fermer dès que la prostate a diminué de volume. En résumé, je crois que la cystostomie est une excellente opération et qu'elle est d'un grand secours aux malades. Il ne faut pas évidemment lui demander plus qu'elle ne peut donner; assurément, elle ne permet pas toujours de triompher des accidents et, d'autre part, elle ne doit être employée qu'au moment où les autres moyens thérapeutiques sont restés impuissants. Il ne faut donc ni l'appliquer à tous les cas, ni lui demander de guérir à coup sûr tous les vieux prostatiques.

M. Polaillon rapporte le cas d'un malade chez lequel, pour une crise de rétention urinaire aiguë d'origine prostatique, il dut, des fausses routes ayant été faites par un cathétérisme maladroit, pratiquer la taille sus-pubienne et, par l'intermédiaire de celle-ci, le cathétérisme rétrograde. Le résultat fut excellent : disparition de la fièvre, soulagement des douleurs, décongestion de la prostate.

M. Pousson (de Bordeaux) a adressé à la Société de Chirurgie une note où il établit une distinction entre la cystotomie (ouverture de la vessie sans suture de l'organe à la paroi de l'abdomen, ouverture qui peut être permanente ou temporaire) et la cystosto-

mie (ouverture de la vessie avec suture de l'organe à la paroi abdominale). Chacune de ces interventions a ses indications particulières. La cystotomie se pratique dans tous les cas où un état morbide quelconque nécessite le libre écoulement de l'urine; la cystostomie est indiquée quand le canal de l'uréthre est infranchissable.

M. Tuffier. — Quand j'ai pris la parole il y a quelques jours sur la cystostomie, j'ai tenu à bien préciser les faits et à ne parler que de cette opération en tant qu'elle était appliquée aux accidents de l'hypertrophie prostatique. Depuis, la discussion a un peu dévié. Or, il importe de ne point faire de confusion. Je ne parlerai donc encore que des prostatiques. Eh bien! sur plusieurs points nous sommes tous d'accord. D'abord, nous reconnaissons tous que cette opération est un pis-aller et qu'il ne faut l'entreprendre que quand tous les autres moyens ont échoué. Tous aussi, nous acceptons que dans les cas de rétention aiguë elle est inutile, puisqu'on peut toujours réussir le cathétérisme. En ce qui concerne les faits de rétention chronique, nous pensons les uns et les autres qu'elle doit être dirigée contre les accidents de cystalgie quand toutes les autres méthodes thérapeutiques sont restées infructueuses, et aussi contre les hémorrhagies qui, du reste, sont très rares chez les prostatiques. La grosse question, c'est celle des accidents infectieux. Quand faut-il pratiquer la taille? Quand faut-il mettre la sonde à demeure? D'abord, il faut essayer la sonde à demeure; c'est là une chose bien entendue et personne ne s'élève contre ce précepte. Mais cette sonde à demeure suffit-elle dans tous les cas? Peut-elle répondre jusqu'au bout de la vie du prostatique à toutes les indications? Je ne le crois pas et voilà où nous ne sommes plus du même avis M. Bazy et moi.

M. Bazy. — Mais si.

M. Tuffier. — Soit donc! Nous professons, M. Bazy et moi, la même opinion. Eh bien! Je dis que la sonde à demeure n'est pas toujours suffisante dans les cas dont je viens de parler. Sans doute, elle permet souvent de lutter avec succès; sans doute, il existe aussi des moyens accessoires, comme les lavages au fluorure de calcium qui est un puissant germicide et qui dissout à merveille les glaires compactes, les mucosités septiques des vieux urinaires. Mais ces moyens échouent quelquefois; c'est alors à la cystostomie qu'il faut faire appel.

M. Bazy. — En somme, nous voilà d'accord; je ne suis donc pas, comme vous le voyez, si réactionnaire qu'on vent bien le prétendre quelquefois. Cette question des infections des prostatiques est, en réalité, très difficile. En ce qui concerne les cas aigus, mon avis est, comme je l'ai dit déjà, que là où la sonde à demeure ne réussit pas, là non plus ne réussit pas la cystostomie. Or, quoi qu'en dise M. Routier, l'opération, chez ces vieux malades infectés, est une opération grave, et c'est parfaitement elle qui les tue; voilà pourquoi je continue à préférer dans ces cas le drainage par les voies naturelles, puisque, d'une part, il est beaucoup moins dangereux que la cystostomie et que, d'autre part, chez les malades où il est impuissant, le drainage par la voie sus-pubienne l'est également. En ce qui concerne les accidents infectieux de la rétention chronique, je suis tout disposé à accepter l'opération, après avoir essayé, bien entendu, les lavages et l'écouvillonnage de la vessie, car je n'ai aucune expérience du fluorure de calcium et ne suis point tenté, du reste, de l'essayer, puisqu'il n'a, dit M. Tuffier, d'influence ni sur les douleurs, ni sur les hémorrhagies. Mais, même dans ces cas, je crois qu'il faut être réservé quant au pronostic. Je rappelle encore aujourd'hui le cas de M. Diday qui, après une cystostomie, vit à deux reprises des calculs phosphatiques se former dans la vessie. Même après l'ouverture sus-pubienne, le contenu vésical peut donc s'infecter encore. J'ajoute que l'influence que peut avoir cette opération sur la diminution de volume de la prostate appartient également à l'emploi méthodique de la sonde à demeure. Quand le prostatique vide bien sa vessie et que cette vessie est propre, la prostate se décongestionne toujours.

M. Routier. — Pour moi, la cystostomie a une action toute particulière sur la diminution de volume de la prostate; on n'observe pas de pareils changements avec l'usage de la sonde à demeure.

Diverticule de Meckel.

M. Kirmisson. — M. Broca vous a présenté récemment un diverticule de Meckel resté adhérent à la cicatrice ombilicale, ouvert à l'extérieur et formant une petite tumeur recouverte d'une muqueuse évaginée. Les cas pareils sont assez rares. Autrefois, ils étaient tout à fait ignorés. Cependant, on voyait quelquefois, après la ligature du cordon ombilical, s'établir une fistule stercorale et on ne savait trop comment interpréter cet accident, puisque l'absence de toute obstruction intestinale indiquait bien que l'intestin n'avait point été saisi dans l'anse du fil à ligature. C'est le professeur Farabeuf qui, il y quelques années, a donné, devant la Société de Chirurgie, la véritable pathogénie de ces fistules ombilicales.

Dans le cas de M. Broca, il s'agissait d'un enfant de six mois; la tumeur, qui avait la forme d'un véritable polype, était unie à la cicatrice ombilicale par un petit pédicule d'un centimètre de diamètre environ. Il n'y avait point issue de matières fécales au dehors, et pourtant le diverticule communiquait avec la cavité intestinale. Notre collègue a pratiqué l'extirpation de ce diverticule; tout autour de sa base, il a disséqué une collerette de peau et décollé les tissus voisins; il est ainsi arrivé sur le péritoine, l'a ouvert, a constaté la communication du diverticule avec l'intestin, l'a excisé tout à fait à la base, au niveau de son point d'implantation, et a fait une entérorrhaphie latérale par double plan de suture. A mon avis, ce procédé d'extirpation radicale est préférable à tous les autres. Inutile de dire que l'opération est, dans tous ces cas, amplement légitimée par l'existence d'une fistule d'une part, et par les craintes d'étranglement interne qu'on peut avoir d'autre part, puisque l'intestin vient quelquefois se couder sur ces brides diverticulaires.

M. Berger. — Je crois aussi qu'il faut toujours opérer ces diverticules et les opérer par l'extirpation, en ouvrant le péritoine et en les réséquant.

M. Lucas-Championnière. — C'est aussi mon avis. En ce qui concerne la pathogénie des fistules stercorales de l'ombilic, Broca le père, quand j'étais son interne, avait fait remarquer déjà qu'elles ne devaient point être attribuées au pincement de l'anse intestinale du cordon; leur rareté seule ne permettait pas, disait-il, d'accepter une pareille pathogénie.

Pierre Sebileau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 novembre.

Pathogénie des inflammations mercurielles des muqueuses.

M. Gariel donne lecture d'un rapport au sujet d'un travail de M. Maurel (de Toulouse). Dans son travail, M. Maurel tend à établir la nature parasitaire des inflammations mercurielles des muqueuses. Ces inflammations trouveraient leur origine dans les nombreux microbes qui sont à la surface de ces muqueuses. Le bichlorure de mercure diminuerait l'activité phagocytaire des leucocytes.

Pour M. Gariel, il agit encore sur des éléments autres que les leucocytes. Lorsque certains épithéliums ont disparu sous l'influence des sels de mercure, les tissus sousjacents sont facilement imprégnés par la substance toxique. Les conclusions de M. Maurel paraissent donc devoir être restreintes.

Grossesse gémellaire.

M. Pinard rapporte à l'Académie un cas de grossesse gémellaire dans lequel l'extraction du premier enfant se fit sans incident.

Quant au second enfant, sa tête était arrêtée au-dessus du détroit supérieur. M. Pinard eut alors recours au *mensurateur-levier-préhenseur* du professeur Farabeuf et, sept minutes plus tard, l'enfant criait.

Tractions rythmées de la langue.

M. Périer communique un nouveau succès dû à la méthode des tractions rythmées de la langue. Il s'agissait d'un enfant dont la respiration s'arrêta pendant une opération de spina-bifida lombaire. On essaya de le ranimer par des pressions sur le thorax et sur l'abdomen. Mais, comme cette méthode ne donnait aucun résultat, on pratiqua les tractions rythmées de la langue et, au bout de quelques secondes, l'enfant avait recouvré la respiration.

J. P.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 octobre.

Contribution à l'histologie de la glande mammaire.

M. E. Lacroix a examiné les glandes mammaires de femmes mortes pendant les deux derniers mois de la grossesse. En dedans de la membrane vitrée, limitant l'acinus, il a constaté des cellules plates ramifiées et anastomosées dont l'ensemble forme un réseau à mailles à peu près circulaires.

Ce réseau de « *cellules en paniers* », découvert par la méthode du pinceau, ressemble tout à fait à celui que Boll a décrit dans l'acinus de la glande lacrymale. L'auteur vient encore de le retrouver par la méthode de Renaut (de Lyon). On sait que cette méthode consiste en imprégnation par l'injection interstitielle de liquide osmio-picro-argentique. De plus, par cette méthode, l'auteur a découvert, ce qui lui semble beaucoup plus important, que toutes les cavités glandulaires de la mamelle sont tapissées, à la face interne de leur membrane propre sous l'épithélium, par des cellules épithéliales ramifiées et anastomosées de manière à former un réseau continu.

Par leurs caractères morphologiques, l'auteur croit devoir rapprocher ces cellules des formations myo-épithéliales. Il signale particulièrement parmi ces caractères l'éclat gras spécial et la fibrillation délicate de la substance du réseau, sans parler de la situation des noyaux qu'on trouve toujours à la surface et jamais dans le plein du réseau.

Pour terminer, M. Lacroix se demande si ces *cellules en paniers* ne jouent pas un rôle important dans l'excrétion glandulaire. Il est évident que, si ces cellules jouissent de propriétés contractiles, elles doivent contribuer à expulser les produits de sécrétion accumulés dans la lumière des acini et des conduits excréteurs. Que les mailles du réseau viennent à se resserrer et, du même coup, les cavités glandulaires seront considérablement réduites.

J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 novembre.

Erythème scarlatiniforme.

M. Le Gendre, contrairement à l'opinion de M. Siredey (Voir *Gazette Médicale* du 27 octobre 1894, n° 43, p. 513), ne croit pas que les érythèmes scarlatiniformes qu'on rencontre dans la fièvre typhoïde aient la plupart du temps une origine médicamenteuse. Ces cas seraient, au contraire, l'exception, et la preuve, c'est que les cas d'érythème scarlatiniforme observés par M. Le Gendre se sont montrés chez des malades qui n'avaient pas pris de médicament. Pour l'orateur, presque toujours ces érythèmes sont occasionnés par des toxines infectieuses.

M. Rendu admet que les médicaments puissent produire ces érythèmes scarlatiniformes, mais à la condition, sans doute, que le rein soit altéré au préalable. A l'appui de cette opinion, M. Rendu cite le cas d'un malade auquel il donnait quatre capsules de térébenthine par jour. Ce malade présenta au bout de quelque temps un érythème intense et généralisé qui se termina par le coma et la mort. A l'autopsie, on découvrit la dégénérescence kystique d'un des reins et, pour M. Rendu, ce fut là la véritable cause de l'intoxication qui emporta le malade; cette cause était à la fois rénale et médicamenteuse.

M. Hayem rappelle que les éruptions sont produites, d'une part, par les toxines organiques, et, d'autre part, par différents médicaments. Aussi, n'ose-t-il affirmer le pouvoir érythrogène de certains médicaments. Il admettrait plus volontiers que leur absorption produise une gastrite spéciale, grâce à laquelle les toxines du tube digestif seraient facilement absorbées. Il en arrive à cette conclusion que l'absorption des toxines est bien la cause des érythèmes, mais, parfois, cette absorption se produirait seulement parce qu'un médicament a altéré la muqueuse digestive.

M. Siredey trouve l'hypothèse de M. Hayem acceptable dans certains cas, mais difficilement compatible avec ceux où l'érythème a succédé à une simple lotion pharmaceutique.

M. Hayem suppose que, dans les cas de lotion, cette dernière est le point de départ de réactions vaso-motrices, grâce auxquelles l'absorption des toxines se trouve favorisée. Il cite à ce propos l'exemple d'un homme atteint d'urticaire après chaque douche froide.

M. Burlureaux croit devoir citer, parmi les principaux agents médicamenteux qui provoquent ces érythèmes scarlatiniformes, les injections de sérum antidiphtéritique. C'est ainsi qu'il a vu un enfant, dont la diphtérie avait été traitée par ces injections, atteint d'un érythème qui ne différait de la scarlatine que par l'absence de fièvre et de desquamation.

M. Le Gendre s'est trouvé quatre ou cinq fois en présence de cas semblables. Il a même vu, après les injections de sérum antidiphtérique, des arthropathies, des douleurs rhumatoïdes, des embarras gastriques, etc., mais il n'a pas assez d'observations pour se prononcer sur ces derniers faits. Pour ce qui concerne les érythèmes, l'orateur fait remarquer que les érythèmes ne commencent pas toujours au niveau de la piqûre et qu'ils surviennent parfois quinze jours ou trois semaines après la piqûre. Il croit, en outre, que ces éruptions ne trouvent pas leur origine principale dans l'antitoxine, mais dans le sérum. En effet, à l'Institut Pasteur se trouve un cheval dont le sérum injecté aux enfants produit presque sûrement des érythèmes.

Curabilité de la morphinomanie.

M. Comby cite l'observation de deux sujets, le mari et la femme, morphinomanes depuis plusieurs années. Ils prenaient tous deux à peu près un gramme de morphine par jour. Traités à l'hôpital, ils ont très rapidement guéri par la méthode de la suppression rapide. L'orateur en conclut que les morphinomanes peuvent être guéris assez facilement dans tous les milieux sans recourir aux asiles et aux maisons de santé.

M. Hayem distingue les *morphinomanes* des *morphiniques*. Tandis que les morphiniques sont susceptibles de guérison partout où ils se trouvent et par tous les traitements, si la cause de leur habitude est elle-même supprimée, les morphinomanes, au contraire, guérissent très difficilement. Il faut, pour y arriver, très souvent avoir recours à la séquestration. L'abus de la morphine n'est plus ici sous la dépendance d'une maladie physique, mais bien d'une tare psychique.

J. P.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 novembre.

Ictère grave hyperthermique sans colibacille.

M. Hanot vient d'observer un cas d'ictère grave avec hyperthermie. L'examen du sang, celui du foie, pendant la vie et après la

mort, n'ont pas montré la présence de colibacille, mais le staphylocoque blanc a été vu dans le foie et dans le sang quatre jours avant la mort.

Rapprochant ces faits d'autres faits semblables déjà signalés par lui, l'auteur en arrive à la conclusion suivante : l'ictère grave hypothermique est dû au colibacille ; l'ictère grave hyperthermique à d'autres microorganismes. Il fait remarquer de plus que, dans le cas présent, le staphylocoque blanc a été trouvé dans les tissus avant l'agonie.

Les fonctions du foie dans l'alcoolisme aigu.

M. Cassaet envoie l'observation d'un alcoolique buveur d'absinthe et de vin dont il a analysé les urines pendant un abcès de délirium tremens.

L'urée avait considérablement diminué, mais, en revanche, on trouvait beaucoup de sels biliaires, de traces d'albumine et même de la glycosurie. Il n'y avait ni ictère, ni congestion apparente du foie. Néanmoins, l'examen des urines prouva qu'il y avait des troubles fonctionnels hépatiques assez graves et qui peut-être avaient provoqué l'accès de délirium.

Anévrysmes des artères de l'aire vasculaire de l'embryon de poulet.

M. Féré a trouvé à peu près vingt fois dans l'aire vasculaire de l'embryon de poulet des dilatations sacciformes des artères avec tous les caractères des anévrysmes, et cela après quarante-huit, soixante-douze ou quatre-vingt-seize heures d'incubation. Il a constaté la communication directe de la cavité de ces dilatations avec le vaisseau auquel elles étaient appendues.

La température dans la blennorrhagie aiguë.

M. Trekiaki a fait quelques expériences sur les variations de température dans le cours de la blennorrhagie aiguë. Chez quelques malades il a pu voir que la température s'élevait de un à deux degrés.

J. P.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 12 AU 17 NOVEMBRE 1894

Examens

Lundi 12 novembre. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Tillaux, Ricard, Varnier. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Pinard, Delbet, Jalaguier.

Mardi 13 novembre. — 3e Oral (1re partie) : MM. Duplay, Schwartz, Maygrier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Nélaton, Albarran. — 5e (2e partie), Charité : MM. Debove, Gilbert, Roger.

Mercredi 14 novembre. — *Médecine opératoire* : MM. Farabeuf, Delbet, Sebileau. — 2e (2e partie) : MM. Straus, Lejars, Retterer.

Jeudi 15 novembre. — *Médecine opératoire* : MM. Le Dentu, Schwartz, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Hallopeau, Netter.

Vendredi 16 novembre. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Retterer, Sebileau. — 3e (2e partie) : MM. Straus, Letulle, Chauffard. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Potain, Landouzy, Gaucher. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Hayem, Brissaud, Netter.

Samedi 17 novembre. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Panas, Duplay, Brun. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Joffroy, Raymond, Ballet.

Sages-femmes de 1re classe. — *Ancien régime* : MM. Tarnier, Pouchet, Quénu.

Thèses

Mercredi 14 novembre, à 1 heure. — *M. Béach* : Du déciduome malin. — *M. Bruyer* : De l'hyoscyamine et de son emploi contre le tremblement hydrargyrique professionnel.

Jeudi 15 novembre, à 1 heure. — *M. Flu* : Diagnostic différentiel des cancers du foie et des foies cardiaques. — *M. Brunati* : Essai sur l'étude clinique du sarcôme primitif de la plèvre.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Faculté de médecine de Paris.

Cours de médecine légale pratique et conférences pratiques appliquées a la toxicologie. — Professeur : M. Brouardel.

I. — *Cours de médecine légale pratique à la Morgue.* — Le cours de médecine légale pratique commencera à la Morgue le mercredi 7 novembre 1894, à deux heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours. — Les mercredis : M. le professeur Brouardel; les vendredis : M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; les lundis : M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

II. — *Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie.* — Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, n° 2, quartier du Marché-Neuf).

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 10 novembre 1894, les mardis, jeudis et samedis.

Ordre du cours. — Les jeudis à quatre heures : M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; les mardis à trois heures : M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique; les samedis à trois heures : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

III. — *Conditions d'admission au cours de médecine légale pratique et aux conférences.* — Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine ; 2° MM. les étudiants ayant subi le 3e examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf), sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

Stage hospitalier. — Enseignement des stagiaires

Voici les services dans lesquels seront classés les stagiaires, du 1er décembre 1894 au 1er mars 1895 :

I. — Services réservés aux stagiaires de 4e année (vétérans) pourvus de 12 à 15 inscriptions

Médecine

1° Services généraux :
Hôtel-Dieu : MM. G. Sée, Cornil, professeurs ; Ferrand.
Charité : MM. Potain, professeur ; Constantin Paul, agrégé.
Pitié : MM. Jaccoud, professeur ; Robin, agrégé ; Faisans.
Saint-Antoine : M. Hayem, professeur.
2° Services spéciaux :
Sainte-Anne (maladies mentales) : M. Joffroy, professeur.
Enfants-Malades (maladies des enfants) : MM. Grancher, professeur ; Marfan, agrégé suppléant.
Saint-Louis (maladies cutanées et syphilitiques) : M. Fournier, professeur.
Salpêtrière (maladies nerveuses) : M. Raymond, professeur.

Chirurgie

1° Services généraux :
Hôtel-Dieu : M. Duplay, professeur.
Charité : M. Tillaux, professeur.
Pitié : M. Berger, professeur.
Necker : M. Le Dentu, professeur.
2° Services spéciaux :
Hôtel-Dieu (maladies des yeux) : M. Panas, professeur.
Necker (maladies des voies urinaires) : M. Guyon, professeur.

II. — Services destinés aux stagiaires de 3e année (nouveaux) pourvus de 8 à 11 inscriptions.

Médecine

Charité : M. Gouraud.
Saint-Antoine : MM. Hanot, Letulle, Gaucher, agrégés ; Tapret.
Cochin : M. Chauffard, agrégé.
Necker : MM. Rendu, agrégé ; Huchard, Cuffer.
Beaujon : MM. Fernet, Rigal, agrégés.

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 46 — 17 Novembre 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

REVUE CRITIQUE

Par le Dr DROUINEAU.

Après l'ère des Congrès, si nombreux maintenant chaque année, à l'époque des envolées estivales, vient celle de la méditation ; par un heureux retour de la pensée, il faut, pour tirer de ces assemblées scientifiques si variables de but et d'importance, tout le profit désirable, chercher quels sont les sujets capables de fixer l'attention, non plus seulement des spécialistes, mais de tous.

Il en est un que je me suis promis de mettre en lumière ; il s'est produit dans une assemblée de prétention modeste, le Congrès de Boulogne, appelé par le professeur Verneuil de *thalassothérapie*, mais que, *vulgo*, on dénommera plus aisément des *Bains de mer*.

M. le docteur Houzel y a présenté deux sujets, pour mieux dire, une famille composée du père, de la mère et de la fille. Il conte l'histoire médicale des deux parents. Elle est assez émouvante.

Le père, Antoine C..., né à Nancy en 1851, a été élevé à Cormont, arrondissement de Montreuil-sur-Mer, où il arrive en 1854 avec des paquets d'adénite tuberculeuse du cou. L'adénite s'étant ulcérée, on l'envoie à Groffliers en 1866 où une année de séjour à la mer nettoie et cicatrise son cou.

Vers la fin de 1868, il est atteint d'une énorme gomme tuberculeuse, occupant presque tout le mollet droit ; on l'envoie à Berck, on l'opère et en octobre 1869 la plaie était solidement cicatrisée. Il n'était pas au bout de ses misères : En 1870, pour une ostéo-périostite tuberculeuse du frontal et du temporal, on lui enlève la tempe et on gratte les os profondément. Il guérit au cours de la saison.

En 1871, nouvelle poussée sur la gorge et en juin on lui enlève les amygdales, les piliers et le voile du palais. La guérison est rapide et cette fois définitive.

Depuis, il a exercé son état de menuisier, sans être jamais plus malade. La guérison se maintient depuis 23 ans

En juin 1878, il épouse Louise G..., qu'il avait connue aux bains de mer de Groffliers et qui n'avait, dit le Dr Houzel, rien à lui envier au point de vue de la tuberculose.

Née à Paris en 1863, de 3 à 7 ans elle a eu des adénites suppurées du cou, le maxillaire inférieur droit avait dû même être touché. A la fin de 1868, elle arrive aux bains de mer à Groffliers, le cou tout en suppuration avec de la blépharite et une double kérato-conjonctivite tuberculeuse. Il fallut quatre ans de séjour aux bords de la mer et de bains pour la transformer et la guérir. Depuis la fin de 1872, elle a toujours été bien portante, l'œuvre de la mer était complète et définitive.

De son mariage avec Antoine C... sont nés deux enfants, absolument sains et sans la moindre tare : Louise, née le 17 avril 1874 et Emile, né le 13 janvier 1881. Ce dernier a succombé à la fièvre typhoïde en 1883. Quant à la fille qui se présente devant le Congrès, elle a 15 ans, est bien développée, fraîche et de très bonne apparence. Elle est toujours bien portante et exerce sans fatigue sa profession de couturière.

Les conclusions du Dr Houzel à la suite de cette présentation étaient celles-ci : 1° le traitement marin est tout puissant pour guérir les tuberculoses, à la condition qu'on lui en donne le temps ; 2° la guérison est complète et définitive au point que l'union d'anciens malades entre eux n'a aucune influence fâcheuse sur leur descendance.

C'est à la discussion qui a suivi cette présentation que je veux arriver.

Les clients du Dr Houzel habitaient Boulogne, c'est-à-dire la mer et si on ne contestait nullement la reconstitution des deux sujets et l'état de bonne santé de leur enfant, on se demandait quelles seraient leurs conditions de santé s'ils avaient habité un autre milieu et enfin, on cherchait à savoir ce que cette jeune fille deviendrait, si elle se mariait et venait vivre dans une grande ville, comme Paris ou Lyon.

Il y eut une hésitation non dissimulée et, profitant de cet état des esprits, M. le professeur Verneuil appela l'attention sur la gravité de la guérison apparente, mais non réelle et définitive, comme on le dit, et sur les conséquences que cet état de santé peut avoir, permettant même des unions, dont le moindre inconvénient serait de produire des rejetons sinon tuberculeux latents, du moins candidats non

douteux de la tuberculose, et que l'affection atteindra tôt ou tard selon les conditions de la vie, le bien-être ou la mauvaise hygiène.

La question est à coup sûr de la plus haute importance. La vogue est à la mer, et avec raison on y veut envoyer les enfants faire des saisons ou même des séjours. Les statistiques s'affirment déjà comme très belles en ce qui concerne les tuberculoses locales. On voit même, si on veut suivre sur ce point le Dr Houzel, que le problème de la régénération par la mer serait résolu, et la reconstitution de la nation par les ex-tuberculeux serait un utile contrepoids aux restrictions volontaires des riches et des égoïstes bien portants. Mais, de tout cela il faut peut-être rabattre, car la lumière est loin d'être faite.

M. le Dr Houzel a suivi deux malades, guéris, habitant le bord de la mer, s'y mariant et procréant des enfants sains. Cela est bien; mais que savons-nous des enfants prétendus guéris ou améliorés, séjournant à la mer un certain temps et retournant dans leur pays d'origine, avec d'autres conditions de vie et de santé ? Rien ou à peu près. C'est là une expertise nécessaire; elle s'impose avec d'autant plus de raison qu'on semble d'accord sur ce fait observé à Berck : les enfants de l'Assistance publique, placés après leur traitement dans le pays, se maintiennent en état de santé; s'ils sont replacés à Paris, ils deviennent tuberculeux. Peut-être trouvera-t-on cette assertion exagérée ? Sans doute, elle a besoin de preuves, d'affirmations nouvelles; c'est à cela qu'il faut tendre.

Il est évident que les hôpitaux marins actuellement existants viennent fournir un moyen d'information des plus précieux; la population qui les alimente est, pour la plus grande part, indigente et justiciable de l'Assistance publique; on pourrait imaginer un moyen de contrôle sur chaque sujet envoyé à la mer et permettant de connaître son état de santé pendant un temps assez long.

Cela est absolument facile pour tous les enfants dépendant de l'Assistance publique, pour la Seine ou les autres départements.

Tout enfant assisté appartient à l'Assistance publique jusqu'à sa majorité; il serait possible d'établir, pour tous ceux que leur état de santé ferait envoyer à la mer, un livret médical spécial. constatant leur état avant l'envoi à la mer, puis les résultats immédiats et éloignés du traitement marin ; ce livret ou fiche les suivant dans toutes les étapes de leur vie.

Cette enquête pourrait aussi se faire pour les enfants appartenant aux administrations hospitalières, à l'assistance privée et elle serait à coup sûr très utile.

Il est bon d'avoir dans le traitement marin une robuste confiance ; il faut continuer vigoureusement la campagne commencée depuis quelques années par l'œuvre des hôpitaux marins; mais déjà les moyens d'enquête sont possibles; il faut avoir réponse aux objections ; à ceux qui penseraient ou diraient qu'il y a assez d'argent dépensé pour blanchir seulement des tuberculeux et retarder de quelques années leur évolution finale, à ceux-là il faut répondre par des preuves et par des chiffres indiscutables.

Si la guérison doit se maintenir seulement dans des conditions déterminées, il faudra chercher à achever l'œuvre en réalisant pratiquement ces conditions et ajouter à la thérapeutique apparente une prophylaxie nouvelle, faite en vue de l'avenir. Il y a là au point de vue de l'hygiène, de l'Assistance publique, de la population même une grosse enquête à faire et à laquelle il faudrait songer dès maintenant pour mieux assurer le triomphe définitif des cures par la mer. Il est donc utile de se mettre de suite à l'œuvre ; ce serait là un des premiers bénéfices à porter à l'actif de ce petit Congrès qui, pour n'avoir pas eu le retentissement des grandes assemblées scientifiques, n'en a pas moins rempli très consciencieusement son programme et fait de très bonne besogne.

LES PROGRÈS DE L'ANATOMIE

Organes génito-urinaires.

M. Bellini, professeur agrégé à l'Université d'Athènes et médecin-major dans l'armée hellénique, vient d'écrire — en langue grecque probablement — un volume in-8, de 205 pages, sur l'*anatomie des organes génitaux de l'homme*. Je n'ai point lu cet ouvrage — et pour cause — ; mais à juger de lui par l'analyse qu'en a publiée M. S. Chomatianos dans la *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie pratiques* (5 novembre 1894, n° 20 *bis*, page 394), je puis prédire à son auteur un fameux succès. M. Bellini, en effet, émettrait dans son livre des opinions personnelles d'une telle originalité qu'elles ne manqueraient pas de faire rapidement le tour du monde.

« Pénétré de toute idée nouvelle, écrit M. S. Chomatianos, cet ouvrage renferme beaucoup d'observations personnelles aussi instructives que variées de l'auteur, qui donne en même temps la démonstration de cette variété, sans toutefois négliger de s'élever au-dessus des descriptions simples, pour donner la signification qui appartient à toute disposition anatomique. »

Voici quelques exemples :

« C'est ainsi que le jeune auteur, se basant sur un grand nombre d'observations personnelles, nous fait remarquer que les deux testicules sont rarement au même niveau et que, contrairement à l'opinion généralement adoptée, c'est plutôt la glande gauche qui va plus bas de 1 à 2 centimètres. Cette inégalité des glandes a été bien observée par les anciens sculpteurs, d'après les observations de M. Bellini sur les statues récemment trouvées, comme par exemple, sur celle d'Hermès, de Praxitèle, trouvée à Olympie. »

Ainsi M. Bellini, après de nombreuses recherches, aurait découvert que les deux testicules ne sont point sur le même niveau et que le testicule gauche descend plus bas que le testicule droit! Et voyez comme la chose est bizarre. Praxitèle, 350 ans avant Jésus-Christ, avait bien observé et exactement rendu cette curieuse disposition qu'après lui les anatomistes ont oubliée pendant vingt et un siècles !

Ce n'est pas tout.

M. Bellini « nous fait connaître aussi des anastomoses multiples entre les veines du cordon, celles des bourses et les veines fémorales ». Voilà un détail que Praxitèle a, sans doute, ignoré, mais que je crois bien avoir lu déjà dans quelques traités d'anatomie.

En revanche, voici, sur la difficile question de la migration testiculaire, une opinion tout à fait originale :

« Sur la migration des testicules, en analysant les théories de tous les auteurs français et étrangers, M. Bellini donne de la migration une explication aussi exacte que physique, sans toutefois refuser d'écouter une seule raison. C'est ainsi que le jeune auteur, sans être ébranlé par l'opinion des hommes célèbres, fait de la migration un phénomène *simplement physiologique* ».

Voilà au moins du vrai courage : considérer — contre tous les hommes célèbres — que la descente du testicule est un phénomène physiologique. L'auriez-vous cru?

« D'après M. Bellini, il arrive à la migration des testicules ce qui a lieu à la gestation, c'est-à-dire il va se passer dans l'économie des enfants, pendant la période de la migration

des testicules, une série de modifications et de transformations qui constituent l'évolution et la migration des glandes, pour la même raison que se fait l'autre phénomène physiologique qui a lieu au acouchements et qui donne le lâchement des ligaments pubiens et sciatiques, lequel fait grandir toute ouverture et facilite la sortie du fœtus. La descente des testicules, dit M. Bellini, dans les bourses, est due au relâchement des fibres musculaires striées qui constituent l'ouverture externe du canal ».

Voilà, cette fois, du vrai nouveau. Sachez d'abord que ce n'est plus chez le fœtus, mais chez l'enfant, que s'opère la migration testiculaire; sachez, ensuite, que l'orifice extérieur du canal inguinal, fibreux jusqu'à notre époque, est devenu musculaire ces derniers temps. Et puis, comme ce mécanisme est simple! Les ligaments pubiens et sciatiques se relâchent : voilà le fœtus qui sort de l'utérus ; les fibres striées de l'orifice externe du canal inguinal se détendent : voilà le testicule qui descend. M. S. Chomatianos pense que cela « est aussi exact que physique ». « Physique » peut-être; mais exact, c'est une autre question.

Il y a bien longtemps qu'on discute sur l'existence des vaisseaux dérivatifs. Inutile désormais. Les voilà bien démontrés, car, dans son livre, « M. Bellini expose les injections expérimentales qui lui ont servi à faire trouver des vaisseaux dérivatifs entre l'artère spermatique et les veines du cordon ».

Ajoutons à cela que l'auteur « donne une statistique complète sur la grandeur du pénis dans les races » — à qui la palme? — et il ne nous en faudra pas plus pour comprendre « la vive satisfaction » qu'a éprouvée M. S. Chomatianos, « en voyant paraître cette nouvelle brochure de M. Bellini, qui met entre nos mains un ouvrage complet des organes génitaux de l'homme ».

Puisse M. Bellini en ressentir un peu moins quand il lira l'analyse de M. Chomatianos! C'est le souhait que je forme pour lui, après avoir éclairé mes lecteurs sur les importantes découvertes dont on vient, dans une langue quelque peu bizarre, de lui attribuer récemment l'honneur.

Pierre Sebileau.

A L'ÉTRANGER

AMÉRIQUE

Traitement fin de siècle de la blennorrhagie.

Parmi les nombreux traitements proposés pour guérir la blennorrhagie et qui abondent dans la Presse médicale, aucun certes ne semble aussi unique dans son genre que celui qui a été rapporté ces derniers temps par le Dr Burnside Poster dans le *Journal of cutaneous and genito-urinary Diseases*.

La méthode en question est décrite par l'auteur de la façon suivante : aussitôt que possible, après que l'on aura établi le diagnostic de la première blennorrhagie, le malade sera endormi et antiseptiquement préparé pour l'opération. On pratiquera dans le périnée une ouverture en forme de boutonnière et l'on pourra ainsi drainer la vessie. Puis, à travers un dispositif convenablement imaginé, l'urèthre antérieur pourra être complètement irrigué avec quelque solution antiseptique et traité enfin selon les principes de la chirurgie. Ces détails du traitement local varieront en somme avec l'imagination de l'opérateur.

La possibilité de distendre l'urèthre antérieur en le bourrant de gaze iodoformée se commande d'elle-même, mais il est probable qu'aucun traitement de ce genre ne sera efficace. (Extrait du *Medical Record*.)

ALLEMAGNE

Abcès posttyphiques.

Sultan (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1894, n° 34) cite le cas d'une servante d'auberge qui, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, présenta au-dessus de la clavicule droite une tumeur qui grossissait de jour en jour, jusqu'au moment où elle s'ulcéra et laissa échapper une assez grande quantité de pus. Mais la plaie ne se refermait pas; par intervalles la collection se vidait, et le pus qui se reformait au fur et à mesure s'écoulait au dehors.

L'auteur revit la malade six ans plus tard. Il constata alors au-dessus de la clavicule l'existence d'une tumeur molle et nettement fluctuante, de la grosseur d'un œuf d'oie. Après incision, il vit du pus sortir en abondance. Ce pus fut examiné au point de vue bactériologique, et cet examen révéla la présence de bacilles typhiques en assez grand nombre, encore viables. L'auteur rappelle à ce propos que jusqu'à présent on n'a pas trouvé dans l'organisme des bacilles typhiques ayant vécu plus d'une année.

Rhumatisme blennorrhagique.

J.-A. Glaser (*Jahrbücher der Hamburg, Staatskrankenaustalten*. Bd. III) fait remarquer que certains auteurs professent des idées toutes différentes sur l'existence, l'évolution, l'apparition du rhumatisme blennorrhagique, et qu'ils vont même jusqu'à se contredire. Bien plus, tous les signes différentiels entre le rhumatisme gonococcique et le rhumatisme articulaire aigu vulgaire, généralement admis, n'auraient pour l'auteur qu'une valeur relative. La fièvre, la douleur, le nombre des articulations frappées, l'évolution de la maladie ne présenteraient dans les deux affections que des différences d'intensité, mais nullement d'un autre ordre. Le seul signe auquel il faut ajouter foi, c'est la concomitance de la blennorrhagie et du rhumatisme. Mais Glaser ajoute que sur les 380 cas de rhumatisme articulaire aigu qui constituent ses observations, il en a vu quelques-uns qui se montrèrent, pendant un certain temps du moins, simultanément avec une blennorrhagie, et il en arrive à conclure qu'il n'y a pas de rhumatisme blennorrhagique à proprement parler. Dans cette affection, il y a autre chose de plus important qu'une simple coïncidence. L'auteur ajoute en outre qu'il y a dans la conception du rhumatisme ordinaire des différences plus grandes, suivant les auteurs, qu'il n'y en a entre ce rhumatisme et le rhumatisme blennorrhagique.

La présence de gonocoques dans les articulations malades serait de peu d'importance pour la connaissance du processus pathologique, car on sait que le gonocoque n'exerce son action que sur les muqueuses et les troubles que sa présence occasionne sur une autre partie de l'organisme ne sont qu'une conséquence de ceux qu'il a provoqués lui-même sur les muqueuses, particulièrement sur la muqueuse uréthrale ; en d'autres termes, il n'en est que la cause indirecte.

Y a-t-il une pneumonie spécifique des goutteux ?

K. Grube (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1894, n° 47) répondant à cette question, cite deux cas de pneumonies observées chez des gens nettement goutteux, qui avaient souffert d'accès de goutte francs, et n'ont jamais cessé de présenter des symptômes de goutte irrégulière.

Les deux pneumonies se sont montrées sans cause appréciable; toutes deux avaient leur siège du côté gauche, étaient peu étendues, elles ont évolué sans grande élévation de température en deux ou trois jours, pour faire place à un accès de goutte nettement caractérisée dans un cas, et qui ne consista, dans l'autre cas, qu'en de vives douleurs au niveau du mollet. La question de la pathogénie de ces pneumonies est assez difficile à élucider. Grube, s'appuyant sur différents auteurs, qui ont montré combien était puissante l'action de l'acide urique au point de vue toxique, admet

volontiers que c'est à l'existence en excès d'acide urique dans l'organisme qu'il faut rattacher directement l'origine de la pneumonie goutteuse.

La ponction exploratrice dans les épanchements pleurétiques.

F. JORDAN (*Pester med. chir. Presse*, 1894, n° 25) a remarqué dans quatre cas d'épanchements pleurétiques qu'après une ponction exploratrice la quantité d'urine augmentait notablement, pendant que le niveau du liquide s'abaissait, et qu'ainsi l'on faisait un grand pas vers la guérison. Cette manière de voir fut confirmée plus tard par quinze nouveaux cas, dans l'un desquels il s'agissait d'épanchement hémorrhagique. Dans ces conditions, Jordan se croit autorisé à conclure qu'il ne faut pas seulement attacher à la ponction exploratrice une valeur diagnostique, mais encore une valeur thérapeutique, d'autant plus que de semblables remarques ont déjà été faites auparavant.

Pour ce qui est de l'explication de ce phénomène et de l'action diurétique qui a été observée, Jordan croit que la piqûre agit en déterminant une irritation traumatique qui atteint la plèvre, et contribue à la résorption de l'exsudat, car l'on ne peut attribuer aucune influence à la différence de pression qui se produit, lorsque l'on enlève un centimètre cube de liquide à un épanchement qui en contient quelques litres.

Si ces observations se trouvaient corroborées par d'autres auteurs, Jordan croit qu'il y aurait là un traitement de la pleurésie qui l'emporterait bien souvent sur la thoracentèse et la thoracotomie ; dans ces conditions, ces dernières opérations ne seraient discutées que si la ponction exploratrice fournissait des résultats négatifs, ou si l'on se trouvait en présence d'une indication supérieure.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 novembre.—Présidence de M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Guérison de la péritonite tuberculeuse.

M. GÉRARD-MARCHANT. — Mon collègue Routier vous a dit récemment qu'ayant, pour guérir une occlusion intestinale, pratiqué la laparotomie à une femme chez laquelle j'avais constaté autrefois des lésions tuberculeuses du péritoine, après ouverture du ventre, il avait pu constater la guérison définitive du processus. Voici quelques renseignements complémentaires sur l'histoire de cette malade. Je l'ai opérée le 25 septembre 1891 pour une salpingite suppurée. Je pus alors constater que la surface extérieure de l'intestin et le péritoine pariétal étaient farcis de granulations; la coupe des annexes, qui étaient très adhérentes et dont l'isolement fut difficile, montra dans leur intérieur plusieurs gros noyaux caséeux. Mon interne, M. Morax, fit des inoculations expérimentales ; les animaux moururent tuberculeux. Ici donc, le cas est bien net ; on ne saurait dire à propos de lui, comme on l'a peut-être fait quelquefois avec juste raison, que les lésions étaient d'ordre purement inflammatoire et expliquer ainsi, par une erreur de diagnost c, la guérison de la patiente.

Cystostomie sus-pubienne.

M. PONCET (de Lyon). — Je suis flatté et satisfait de voir que la question de la cystostomie sus-pubienne a été soulevée au sein de la Société de Chirurgie, que plusieurs de mes collègues professent une opinion sensiblement analogue à la mienne et que, d'une façon générale, on considère la création d'un urèthre sus-pubien comme une bonne opération. Je veux aujourd'hui vous dire le résultat de ma pratique à cet égard et en tirer les conclusions que l'expérience commande. Cette expérience est forte de 63 observations portant, pour la plupart, sur des malades opérés depuis assez longtemps déjà. Il est bien entendu, d'abord, que je ne parle que de la cystostomie appliquée aux prostatiques. Je suis ici, je dois le dire avec quelque modestie, sur un terrain un peu personnel ; car ce qui m'a guidé, dans mes premières interventions, ce n'est point l'idée de permettre à mes malades de vider leur vessie d'une façon temporaire, mais bien celle d'assurer, d'une façon définitive, un libre écoulement à l'urine par une voie artificielle; de pratiquer, pour tout dire d'un mot, la cystostomie et non la cystotomie : ainsi s'éclaircit peut-être un point d'histoire, du reste peu important.

Pour discuter avec fruit les indications de la cystostomie, il importe de classer les prostatiques. Ceux-ci doivent être répartis en deux catégories : les uns sont de simples rétentionnistes et n'ont que des accidents mécaniques; les autres sont des rétentionnistes infectés et ont des accidents septiques ; ce sont de véritables empoisonnés urinaires. Sans doute, cette classification est un peu théorique, car il y a des malades à cheval sur les accidents mécaniques et sur les accidents infectieux ; mais, au total, chez tous, ce sont les uns qui dominent ou bien les autres, si bien que ma division reste cliniquement acceptable. Or, soit qu'on considère les résultats immédiats, soit qu'on considère les résultats éloignés de l'opération, il y a une grande différence entre les prostatiques aseptiques et les prostatiques infectés. Chez les premiers, la mortalité est nulle et l'ouverture vésicale est temporaire; chez les seconds, la mortalité est assez considérable et l'ouverture vésicale doit rester, pour ainsi dire, toujours permanente.

Sur 63 malades opérés, 21 étaient des prostatiques aseptiques; tous ont guéri. Direz-vous que, pour avoir pratiqué 21 opérations sur de simples rétentionnistes mécaniques, j'ai dû forcer les indications opératoires? Il n'en est rien ; chez tous ces malades, ou bien le cathétérisme était impossible ou bien il y avait des fausses routes. Je dis « cathétérisme impossible », car je ne partage pas l'optimisme de ceux qui vous ont dit ici : «On peut toujours passer quand il n'y a pas eu de mauvaises manœuvres antérieures ». Peut-être mes jeunes collègues ont-ils été favorisés jusqu'à ce jour, et changeront-ils d'opinion quand ils auront observé une plus grande quantité de malades. Il en est du cathétérisme des prostatiques comme du taxis des hernies étranglées. On conseillait autrefois celui-ci à outrance, à deux, à quatre, à six mains; la hernie rentrait quelquefois, mais pas toujours et quand elle rentrait, des accidents survenaient bien des fois ; aussi l'a-t-on abandonné. La seconde aussi réussit souvent, je le reconnais, mais elle ne passe pas toujours et les différentes manœuvres que nécessite son introduction ne sont pas exemptes de tout danger. A la vérité, j'aurais pu faire la ponction sus-pubienne chez quelques-uns de mes malades; mais à mon avis, c'est là une opération au moins aussi grave que la cystotomie. Je préfère même cette dernière, comme je préfère l'ablation d'un kyste ovarique par laparotomie à la ponction de ce kyste. Une ponction est toujours une méthode aveugle. De mes 21 malades, 11 sont actuellement vivants ; leur opération date de 4 ans 1/2 à 6 mois 1/2.

J'ai pratiqué la cystostomie à 42 prostatiques infectés. Ici, une distinction s'impose, car il y a plusieurs degrés d'infection, depuis le simple empoisonnement urinaire par insuffisance rénale jusqu'à la vraie septicémie chirurgicale. Or, suivant les cas, le résultat opératoire est tout différent. Il y a donc des infections suraiguës, des infections aiguës et des infections chroniques, et il saute aux yeux que la résistance de chacune de ces catégories à l'intervention est tout à fait variable. Dans les cas suraigus, le résultat opératoire est nul ; je les crois cependant justiciables de la cystostomie, car, d'une part, elle est ici la seule planche de salut et, d'une autre, le chirurgien n'a guère le droit de refuser le soulagement qu'elle peut apporter aux malheureux prostatiques atteints de cystalgie douloureuse, chez lesquels l'arbre urinaire flamboie tout entier dès qu'on tente quelque manœuvre de cathétérisme. Pour les cas aigus, les résultats sont dès plus encourageants. Sur 14 malades opérés, 4 sont morts dans la première semaine ; tous les autres ont eu des survies de 7 mois et demi à

2 ans et demi. C'est vraiment ici que la cystostomie trouve ses indications les plus nettes. Pour les cas chroniques, les résultats sont beaucoup moins bons. Sur 24 opérés, 7 sont morts dans les huit jours, 10 en moins d'une année, 7 ont survécu de 1 an et demi à 3 ans. Le pourcentage deviendrait bien meilleur si on opérait plus tôt.

Je conclus donc : les accidents qui, chez les prostatiques, peuvent nécessiter la cystostomie sus-pubienne sont de deux ordres : les uns sont mécaniques, les autres infectieux, souvent associés les uns avec les autres. Les plus longues survies sont observées chez les malades non infectés. La mort est plus considérable chez les infectés; dans les cas suraigus, les résultats sont très mauvais; ils sont bons dans les cas aigus, encourageants dans les cas chroniques.

Reste maintenant à parler des résultats fonctionnels. On a reproché à la cystostomie de créer une infirmité et de rendre les malades incontinents. Il y a évidemment quelque chose de vrai là-dedans ; il y a, en effet, des malades qui restent incontinents ; mais, chez ceux-là, on peut recueillir l'urine avec des urinals et mettre ainsi les patients à l'abri d'une infirmité qui, du reste, ne saurait être comparée, au point de vue des inconvénients, avec l'incontinence des matières fécales. A côté des malades qui perdent toute l'urine, il y a ceux qui sont partiellement et ceux qui sont parfaitement continus. Il y a enfin ceux à qui on peut fermer le méat sus-pubien. Au reste, je ne crois pas qu'il faille attacher à cette continence une importance exceptionnelle : c'est déjà beaucoup que de pouvoir parer au danger et soulager un malade qui souffre ; il faut même savoir que certains prostatiques ont intérêt à rester incontinents ; il en est chez lesquels j'ai dû agrandir l'orifice qui spontanément s'était rétréci, provoquant ainsi de nouvelles douleurs. Sur mes 34 malades, 12 fois j'ai pu oblitérer le méat hypogastrique ; 7 fois les malades ont eu de la continence complète ; 3 fois de la continence partielle ; 12 fois de l'incontinence complète.

Pour finir, je dois dire qu'à mon sens la cystostomie suspubienne est indiquée quelquefois chez les tuberculeux de la vessie — il est alors nécessaire de ne ne point fermer l'orifice si on veut ne pas voir réapparaître les accidents — chez les rétrécis, chez d'autres urinaires enfin atteints, pour une cause quelconque, de cystalgie douloureuse. Chez tous, c'est une opération simple, méthodique, de toute innocuité.

M. Tuffier. — Avant tout, je dois répondre à M. Poncet qu'en ce qui concerne les tuberculeux, je ne suis pas de son avis ; j'ai vu des malades chez lesquels j'ai pu fermer le méat hypogastrique, sans aucun retour des accidents. Nous ne nous entendons pas davantage, M. Poncet et moi, sur le traitement des prostatiques. Je sais bien que la discussion est difficile, parce que chacun juge d'après les cas qu'il a observés, et que ces cas peuvent ne pas se ressembler de tous points. Mais je persiste, malgré l'intéressante communication de M. Poncet, à penser : 1° en ce qui concerne les aseptiques rétentionnistes, quand il n'y a pas de fausse route, qu'on peut toujours réussir le cathétérisme et que, celui-ci ne fût-il pas possible, il vaudrait mieux encore ponctionner la vessie et attendre la diminution de volume de la prostate que pratiquer la cystostomie; 2° en ce qui concerne les rétentionnistes infectés, que la cystostomie est, au total, une opération meurtrière, ou tout au moins une opération incapable, dans certains cas, de parer aux accidents mortels. C'est, je le répète, un pis-aller, et d'autant plus un pis-aller qu'après l'opération le malade ou bien sera soumis à une dégoûtante infirmité, ou bien sera obligé, le méat hypogastrique ayant été fermé, de supporter une sonde à demeure ou des cathétérismes répétés, tout comme un prostatique non opéré. Je ne modifie donc rien aux conclusions que j'ai déjà formulées.

M. Segond. — Je ne veux pas reprendre la discussion. Il y a évidemment un juste milieu à tenir entre la cystostomie trop facilement pratiquée et la sonde à demeure appliquée toujours et quand même. L'opération de Poncet (car, malgré toutes les arguties par lesquelles on prétend démontrer que la cystostomie a été déjà faite en 1856, c'est bien à Poncet que revient l'honneur de l'avoir définitivement et méthodiquement accommodée au traitement des accidents de l'hyperthrophie de la prostate), l'opération de Poncet, dis-je, a des indications très nettes, et ces indications sont faites de toutes les contre-indications du cathétérisme. Toutes les fois que celui-ci est impuissant, insuffisant, dangereux ou trop douloureux, c'est à l'ouverture hypogastrique de la vessie qu'il faut avoir recours. J'ai eu l'occasion de la pratiquer chez trois vieux malades, pour lesquels le cathétérisme était à la fois insuffisant et dangereux, malgré tous les soins avec lesquels il était pratiqué et malgré tous les lavages de la vessie ; tous avaient de la fièvre et de l'empoisonnement urineux. Chez les trois le résultat a été excellent ; ils ont tous survécu à l'opération et sont aujourd'hui, quoique opérés depuis plusieurs mois, dans un excellent état de santé. J'ajoute qu'ils sont incontinents et pourvus les uns et les autres d'urinals tout à fait insuffisants. Il y a dans la fabrication de ces appareils un grand progrès à réaliser.

M. Poncet. — Il en est de la cystostomie comme de toutes les opérations ; on est plus ou moins porté à la pratiquer suivant les malades qu'on a observés. Je n'ai pas dit que le cathétérisme ne fût pas la méthode de choix du traitement des accidents d'origine prostatique ; j'ai dit seulement que quand il devenait difficile et à plus forte raison impossible, ou qu'au moment où les accidents septiques apparaissaient, la cystostomie était apte à rendre les plus grands services et qu'elle en rendrait de plus grands encore, si elle était pratiquée plus tôt. Pour ma part, je la crois moins grave que la ponction, méthode tout à fait aveugle. Sans doute si une ou quelques ponctions suffisaient, mon raisonnement tomberait de lui-même ; mais il faut les répéter souvent, et dès lors elles deviennent dangereuses. Quant à la sonde à demeure, elle ouvre une porte à l'infection, et souvent, c'est parce qu'on fonde sur elle un espoir trop prolongé qu'on laisse les malades tomber au fond du fossé.

M. Bazy. — C'est sans doute à ma communication que M. Segond fait allusion quand il parle d'arguties d'historique. M. Segond est vraiment plus royaliste que le roi, puisque les élèves de M. Poncet eux-mêmes appellent la cystostomie sus-pubienne, l'opération de Poggy-Poncet. Je regrette de ne pouvoir ici citer exactement la phrase tout entière de Thompson, dans laquelle celui-ci conseille de dévier d'une façon permanente le cours de l'urine chez les malades qui ont une affection prostato-péritonéale trop douloureuse. Si donc on veut être juste, il faut appeler la cystostomie sus-pubienne l'opération de Thompson-Poggy-Poncet. Ce sont là des faits et non des arguties.

M. Segond. — Ce n'est point à la communication de M. Bazy que j'ai fait allusion ; il est là, je lui aurais donc parlé directement si j'avais cru devoir attaquer les termes de sa communication. J'ai voulu parler de l'article de M. Robert paru récemment dans la *Gazette hebdomadaire*. Quant à la question de priorité, que M. Bazy s'entende au moins avec M. Robert. Le premier attribue l'honneur de la cystostomie à Thompson ; le second à Sédillot. Nous voilà donc obligés de désigner désormais la cystostomie sous le nom d'opération de Thompson-Sédillot-Poggy-Poncet. Au total, c'est depuis Poncet et à cause de Poncet qu'on pratique la cystostomie sur les prostatiques chez lesquels le cathétérisme est contre-indiqué ; c'est donc à lui que revient tout le mérite de cette heureuse opération.

M. Championnière. — Nous devons remercier M. Bazy de nous avoir permis d'éclaircir un point intéressant de l'histoire de la cystostomie ; mais, cette réserve faite, nous devons aussi reconnaître que M. Poncet a fait de cette opération une application très méthodique et très réglée qui est bien suffisante pour que nous soyons en droit de lui donner son nom.

M. Poncet. — La question est un peu délicate ; je dois dire seulement que ceux qui ont pratiqué avant moi la cystostomie ont

été guidés par une tout autre idée, et qu'ils n'ont vu en elle que le moyen de pratiquer par la voie rétrograde un cathétérisme impossible par les voies naturelles.

Valeur du bouton de Murphy.

M. Chaput. — On emploie pour les opérations sur l'intestin trois sortes de bouton : le petit, qui mesure 21 millimètres de diamètre et 66 de circonférence : le moyen : 25 millimètres de diamètre et 78.5 de circonférence ; le gros : 27 millimètres de diamètre et 85 de circonférence.

Ces dimensions sont notablement supérieures à celles de l'intestin vers sa terminaison. D'après mes recherches et celles de Lenoble, l'intestin non insufflé mesurait dans 8 cas : 41, 27, 27, 26, 45, 37, 27 millimètres de circonférence intérieure.

Après insufflation, on obtient les chiffres suivants: 100, 70, 78, 68 millimètres de circonférence intérieure. En déduisant la hauteur des valvules conniventes qui sont très souvent circulaires, on obtient les chiffres réels de 70, 40, 43, 38 millimètres.

Sans doute, l'intestin est très extensible, mais cette extensibilité a des limites. Toujours est-il que je vous présente un calcul biliaire de 22 millimètres de diamètre que j'ai retiré de l'intestin d'une femme atteinte d'occlusion. Ce calcul avait un diamètre presque identique à celui du petit bouton.

J'ai fait encore, avec MM. Lenoble et Angelesco, 24 expériences sur le passage du petit bouton à travers l'intestin grêle ; nous avons trouvé trois arrêts infranchissables, 6 passages très difficiles et 15 passages faciles. Ceci démontre combien il faut être prudent dans l'emploi de cet instrument.

J'ai fait aussi sur le chien 8 opérations de Murphy avec le concours de M. Boulanger. Quatre animaux ont guéri, les quatre autres sont morts : deux de sphacèle, un de perforation intestinale ; chez le quatrième, l'intestin s'est dégagé du bouton.

Le professeur Demons de (Bordeaux) a cité deux cas personnels de gastro-entérostomie par la méthode de Murphy ; on trouva à l'autopsie des deux malades une péritonite purulente ; l'estomac était sphacélé et perforé.

Même accident est arrivé à Zielewicz (de Posen) dans des conditions identiques.

Willy Meyer, après une résection du rectum, a vu tardivement les deux bouts non réunis se séparer l'un de l'autre ; la malade mourut de péritonite.

J'ai fait une fois l'opération de Murphy sur l'homme. Le malade mourut au bout de quarante-huit heures. On trouva à l'autopsie l'intestin très aminci, presque perforé au niveau du bouton ; la lumière de l'instrument était en outre oblitérée par un bouchon de matières fécales.

L'emploi du bouton est souvent impossible sur le gros intestin dont les appendices graisseux sont parfois très volumineux et empêchent une coaptation exacte des surfaces qu'on veut accoler.

Enfin, les bords du bouton sont trop étroits et ont tendance à perforer l'intestin. Les crochets d'engrènement sont mal soudés et se détachent quand on stérilise l'instrument à une température élevée.

En résumé, en tenant compte des avantages et des inconvénients du bouton de Murphy, on arrive à cette conclusion que cet appareil est très ingénieux, qu'il abrège notablement la durée des opérations intestinales ; qu'il les rend plus faciles et évite le rétrécissement tardif. Malheureusement, son emploi n'est pas sans danger, son application réclame beaucoup de précautions et de prudence. Enfin, il est utile de lui faire subir un certain nombre de modifications pour en faire un instrument non pas parfait, mais moins défectueux.

La marche et la station après la résection du pubis.

M. Picqué. — Je présente à la Société une malade chez laquelle j'ai pratiqué, pour la guérir d'un volumineux sarcome, la résection de la symphyse pubienne et d'une bonne partie de la branche descendante du pubis. J'ai essayé de placer un appareil prothétique ; mes tentatives ont été vaines. J'ai donc laissé les choses en l'état, et la malade, malgré la destruction d'une partie du segment antérieur du bassin, marche très bien.

M. Michaux. — J'ai réséqué une fois la symphyse pubienne et, de chaque côté d'elle, une bonne partie de la branche horizontale et de la branche descendante du pubis ; la marche est restée facile.

M. Berger. — Il y a des individus qui, congénitalement, n'ont pas de symphyse pubienne. Or, ces individus marchent facilement. A vrai dire, ils ont une démarche un peu particulière, oscillante.

Pierre Sebileau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 novembre.

Mécanisme de la mort sous l'influence de la cocaïne.

M. Maurel (de Toulouse). — J'ai fait un certain nombre d'expériences relatives aux propriétés toxiques de la cocaïne et voici ce que j'ai observé :

La cocaïne agit à la fois sur les leucocytes et sur les petits vaisseaux. Sous l'influence de cet alcaloïde, les leucocytes s'altèrent. On les voit augmenter de volume, prendre la forme sphérique et cesser d'adhérer aux parois vasculaires. Quant aux petits vaisseaux, ils se resserrent et ce resserrement rend très bien compte des embolies, en particulier des embolies pulmonaires, et des thromboses capables de déterminer des accidents mortels.

De petites doses de cocaïne suffisent pour provoquer les altérations des leucocytes. Cela suffit pour expliquer les graves accidents que l'on a parfois observés à la suite de l'absorption de faibles doses de cocaïne concentrée.

Le mécanisme même de la mort par la cocaïne paraît différer suivant que la dose de toxique est forte et injectée par la voie stomacale ou bien faible et injectée par la voie sous-cutanée et dans les veines.

Dans le premier cas, la cocaïne agit directement par son action sur les vaisseaux et sur les leucocytes. Dans le second cas, elle paralyse les leucocytes au point où elle a été injectée et ce sont ces leucocytes qui déterminent des embolies, lesquelles sont la cause directe de la mort. D'autre part, on devait penser que les injections intra-artérielles de cocaïne, faites dans la direction d'un viscère peu important, seraient beaucoup moins dangereuses que les injections intra-veineuses, puisque c'est dans le poumon que les embolies sont le plus à craindre.

Et de fait, les expériences de M. Maurel ont été démonstratives à ce sujet, puisque des injections de cinq grammes et plus de cocaïne ont pu être faites dans l'artère fémorale d'un lapin par kilogramme de poids de l'animal, sans déterminer la mort.

M. Maurel déclare enfin que, pour lui, l'action toxique de la cocaïne s'exerce surtout par la contraction des petits vaisseaux.

Résection à froid de l'appendice vermiculaire.

M. Poncet (de Lyon) communique à l'Académie six observations, avec six guérisons, de résection à froid de l'appendice vermiculaire.

Dans les cas d'appendicite à rechutes, le seul traitement curatif est, dit M. Poncet, la laparotomie iliaque avec ou sans résection de l'appendice. Toutefois, ne pratiquer la résection que lorsque les manœuvres de libération de l'organe malade ne provoquent aucun danger. Le chirurgien ne peut cependant se rendre compte de ce fait que pendant le cours de l'opération. Par suite, avec de la prudence, l'opération devient inoffensive.

L'Académie se réunit ensuite en comité secret pour entendre le rapport de M. Berger sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire. Les candidats ont été classés de la façon suivante :

En première ligne : M. Lucas-Championnière ;

En deuxième ligne : M. Reclus ;
En troisième ligne : M. Delens ;
En quatrième ligne : M. Monod ;
En cinquième ligne, *ex-æquo* : MM. Delorme et Pozzi.

J. P.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 novembre.

Sur la présence et le mode de répartition du glycogène dans les tumeurs.

M. Verneuil, au nom de M. Brault, présente une note sur cette question qui est presque entièrement nouvelle. Bien rares sont les auteurs qui ont signalé ou soupçonné la présence du glycogène dans les néoplasmes. L'indication la plus explicite a été formulée par Schiele, dans sa dissertation inaugurale, à propos de quelques épithéliomes cutanés et d'un cancer du testicule observé par Langhaus. Plus récemment, Cornil et Ranvier mentionnent le glycogène dans les enchondrômes à développement rapide, ; mais ces faits passèrent inaperçus et ne conduisirent à aucune conclusion générale.

Avant d'avoir pris connaissance du travail de Schiele, l'idée qui nous avait conduit à rechercher le glycogène dans les tumeurs était la suivante : les néoplasmes sont, comme l'histologie le prouve, assimilables dans une certaine mesure à des tissus en voie de développement ; il est donc possible qu'ils contiennent une assez forte proportion de glycogène, ainsi que Claude Bernard et Rouget l'ont établi pour les premières phases du développement des tissus chez le fœtus.

Les résultats confirment cette supposition. Il importe peu que l'on examine un épithélioma, un sarcome, un enchondrôme ou une tumeur complexe comprenant plusieurs tissus juxtaposés à développement parallèle. La présence du glycogène se constate facilement dans tous les cas à des degrés et en proportions différents.

La technique indiquée par Erlich pour la recherche du glycogène dans les reins diabétiques donne un réaction instantanée pourvu que la tumeur en contienne une certaine quantité. Le glycogène apparaît sous forme de gouttes à contours très nets que l'iode colore en brun foncé. Le nombre et la dimension des gouttes sont extrêmement variables d'une tumeur à l'autre et dans les différentes parties d'une même tumeur.

Le fait le plus saillant qui se dégage de ces recherches est que la proportion de glycogène trouvée dans une tumeur est exactement en rapport avec la rapidité de son développement. L'abondance en est telle parfois que la coloration de la coupe après l'action de la gomme iodo-iodurée est uniformément brun-acajou. Les parties exemptes de glycogène prennent une teinte jaune, assez pâle.

Les tumeurs qui présentent un accroissement très rapide correspondent aux sarcômes, aux cancers épithéliaux appelés autrefois umeurs encéphaloïdes à cause de leur consistance et de leur aspect ; toutes très riches en cellules.

Quand les sarcômes ou les épithéliomas, bien que volumineux, se développent plus lentement, les régions qui contiennent le glycogène en petite quantité sont toujours les plus anciennes. Par contre, à la périphérie de la tumeur, dans la zône d'envahissement, ou dans les nodules secondaires erratiques, le glycogène apparaît avec toute sa netteté. On peut ainsi, mieux que par toute autre méthode, suivre la marche envahissante d'une tumeur, alors même que les cellules émigrées sont en petit nombre ; la coloration si franche de l'iode indique les points de repère.

La recherche du glycogène n'offre aucune difficulté dans les tumeurs récemment enlevées et soumises immédiatement à l'action de réactifs énergiques, tels que l'alcool absolu. Les conditions d'examen sont beaucoup moins favorables quand il s'agit de pièces d'autopsie, les fermentations cadavériques pouvant détruire le glycogène.

Les sarcômes et les tumeurs d'origine conjonctive sont moins exposés aux dégénérescences que les volumineux épithéliomas, étant creusés de vaisseaux et de lacunes qui assurent une répartition plus égale des matériaux nutritifs. On peut sans doute expliquer ainsi pourquoi ces tumeurs contiennent quelquefois dans toute leur étendue une si grande proportion de glycogène.

Pour montrer l'importance considérable du phénomène de la glycogenèse dans les tumeurs, il suffira de rappeler que nous avons réuni en quelques mois quatre-vingt-huit faits positifs : soit dix-neuf épithéliomas ectodermiques ; vingt-deux sarcômes ; trente-cinq épithéliomas glandulaires ; deux cas où les ganglions correspondants contenaient des noyaux cancéreux chargés de glycogène et deux tumeurs complexes constituées par plusieurs tissus ; huit épithéliomas à cellules cylindriques ; tumeurs très différentes d'origine et par cela même très démonstratives pour le point qui nous occupe.

Il nous eût été facile d'étendre la liste de ces faits, mais nous avons pensé que, étant donnés leur nombre et surtout leur variété, nous étions autorisés à présenter quelques conclusions, que voici :

La glycogenèse apparaît comme une des manifestations les plus éclatantes de l'activité et de la vitalité des néoplasmes. Elle acquiert toute sa valeur lorsque le développement des tumeurs se fait avec une grande énergie. Par suite, elle peut servir à mesurer la puissance de prolifération d'un épithélioma ou d'un sarcôme et, en dehors de toute autre autre considération, permet de porter un pronostic des plus sévères, puisque toute néoformation envahissante est riche en glycogène.

D'autre part, toute tumeur, qui prend en quelques mois des dimensions considérables, contient dans sa masse une quantité de glycogène de beaucoup supérieure à celle que l'on trouve dans le foie des animaux en pleine digestion, ou le foie des suppliciés.

Il faut remonter aux premières périodes du développement fœtal pour rencontrer le glycogène en telle abondance.

Par ce côté, les tumeurs se rapprochent, jusqu'à un certain point, des tissus de l'embryon : ce que nous établirons plus amplement dans une prochaine communication.

(*Bulletin médical.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 novembre.

Action de l'acide chlorhydrique sur les microbes.

M. Gilbert. — On sait que MM. Hayem et Winter ont démontré que l'on trouve, pendant la digestion gastrique, peu d'acide chlorhydrique à l'état libre, tandis que l'on en trouve une assez grande quantité combinée.

M'appuyant sur ces considérations, j'ai recherché quelle était l'action de l'acide chlorhydrique à ses deux états sur différents microorganismes. Or, j'ai reconnu que ces derniers sont vite détruits par une faible dose d'acide chlorhydrique à l'état libre, tandis qu'en combinaison cet acide agit beaucoup plus lentement et avec beaucoup moins de force.

Connaissant d'une part la quantité d'acide chlorhydrique libre et combiné que fournit l'étude du chimisme stomacal, d'autre part la quantité de ce même acide à ses deux états nécessaire à la destruction rapide des microbes, on voit facilement que l'acide chlorhydrique de l'estomac, libre ou combiné, ne peut stériliser les aliments.

Ces expériences sont d'ailleurs confirmées par les ensemencements du chyme. Chez le chien, le chyme est en effet plus riche en microorganismes que les matières fécales (Gilbert et Dominici). Si de plus l'on ensemence le contenu intestinal, on voit que l'on est à même de trouver dans l'intestin toute espèce de germes, qui n'auront, par conséquent, pas été détruits par l'acide chlorhydrique.

Puisqu'à l'état normal même, l'on ne peut compter sur le suc

gastrique pour résister aux microbes pathogènes, il en est *à fortiori* de même quand on se trouve en présence de cas d'hypopepsie et d'apepsie.

Influence de l'exercice sur la digestion gastrique.

MM. Surmont et Brunelle (de Lille). — Après avoir fait faire des repas d'épreuve à un chien, nous l'avons laissé en repos, puis, recommençant la même manœuvre, nous lui avons fait exécuter un certain trajet à différentes reprises, mais toujours le même. Faisant des analyses comparatives de suc gastrique dans ces conditions, nous avons remarqué que l'exercice n'avait aucune action sur la motilité de l'estomac, mais qu'il avait une action très nette sur la sécrétion.

Il faut tirer de ces expériences les conclusions suivantes : à savoir, qu'on doit, après un repas d'épreuve prescrit pour établir le chimisme stomacal, ordonner le repos, — et qu'en général, il vaut mieux ordonner le repos aux hiperpeptiques, l'exercice aux hypopeptiques.

Lésion primitive du tabès.

M. Nageotte. — Si l'on est fixé sur la topographie des lésions de la moelle dans le tabès, l'origine et la nature de ces lésions ne nous sont pas encore connues. Le lien histologique qui les rattache à la syphilis, le point de départ de la dégénérescence des cordons postérieurs, la parenté du tabès et de la paralysie générale sont des points sur lesquels on est loin d'avoir des idées arrêtées.

Nous avons étudié ces différentes questions sous la direction de M. Raymond, et nous avons porté nos recherches sur quatre cas : un tabès ancien pur, une paralysie générale pure, deux tabès récents unis à la paralysie générale.

Voici les conclusions auxquelles nous avons été conduits :

1° Il y a dans le tabès de la périnévrite sur la portion des paires rachidiennes située entre le ganglion et l'entrée des racines dans l'arachnoïde.

Elle passe à l'état fibreux, après avoir été embryonnaire ; de plus, elle entraîne la dégénérescence des fibres des racines postérieures ;

2° Les racines antérieures sont envahies par ces lésions au même niveau ; mais leurs tubes nerveux résistent plus au processus interstitiel que ceux des racines postérieures. Cependant, dans certains cas, on pourra y voir la cause de la névrite périphérique motrice ;

3° Les racines des paralytiques tabétiques, à cet égard, ne diffèrent pas de celles des tabétiques purs ;

4° Cette lésion conjonctive périnévritique est de même ordre que celle du cerveau dans la paralysie générale progressive. Aucun argument histologique n'empêche d'admettre que cette lésion, embryonnaire d'abord, puis scléreuse, soit de nature syphilitique.

Immunité contre l'action anticoagulante de la peptone.

M. Comtejean. — Le sang du chien est rendu incoagulable pendant à peu près une heure par une injection intraveineuse de peptone de 0.30 centigrammes. Une nouvelle injection de peptone ne rend plus le sang coagulable, car la première a immunisé le chien contre l'action anticoagulante de la seconde.

Si, en outre, on injecte le sang du chien ainsi immunisé dans les veines d'un autre chien, celui-ci à son tour est immunisé. On obtient le même résultat par l'injection intrapéritonéale de sang de chien immunisé. Cette dernière immunité est plus durable, mais moins considérable que celle donnée par l'injection intraveineuse.

Cependant, il faut noter que l'injection directe de peptone dans le péritoine n'a pas d'action sur la coagulation du sang.

Etude histologique de la greffe thyroïdienne.

M. Christiani. — L'étude d'une série de greffes du corps thyroïde à des stades différents, depuis dix-huit heures après l'opération jusqu'à deux ans, m'a conduit aux résultats suivants :

La greffe du corps thyroïde du rat, ayant contracté des adhérences dans le péritoine, n'est jamais suivie d'atrophie. Elle passe par différents stades : tuméfaction, trouble d'abord, prolifération inflammatoire ensuite, et enfin reconstitution complète du tissu thyroïdien. Cette dernière commence à la périphérie, s'avance vers le centre et est terminée à peu près au bout de trois mois.

Paraplégie au cours de la variole.

M. Auché (de Bordeaux) envoie l'observation d'un malade atteint de paraplégie au cours d'une variole mortelle. L'autopsie a montré dans la moelle des streptocoques et des colibacilles. Des colibacilles ont aussi été trouvés dans d'autres organes. Pour l'auteur, il s'agirait d'une myélite secondaire d'origine streptococcique.

J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 novembre.

Obstruction intestinale sans vomissements fécaloïdes.

M. Lemoine. — J'ai vu un homme atteint d'occlusion intestinale qui n'a jamais eu de vomissements fécaloïdes et qui est mort par brochopneumonie coli-bacillaire.

A l'autopsie, on a trouvé une occlusion incomplète qui a atteint d'abord la partie moyenne du côlon transverse, puis l'extrémité pylorique du duodénum par le mécanisme suivant : le côlon ascendant et la première partie du côlon transverse prolabés ont été sans doute la cause de tiraillements exercés de haut en bas sur le pylore au moyen du ligament pyloro-colique. Par suite de cette traction, le duodénum que son anse de suspension retenait à droite, a été pour ainsi dire écrasé sur cette anse, d'où production d'un véritable étranglement de la portion pylorique du duodénum.

Erythème scarlatiniforme.

M. Siredey cite deux observations au nom de M. Ausset (médecin militaire) dans lesquelles il s'agit de deux cas d'érythème scarlatiniforme.

L'un d'eux s'est produit après des frictions mercurielles, l'autre est apparu chez un enfant qui avait tété une nourrice qui se lavait les seins avec du sublimé à 1/2000e.

M. Ferrand présente un foie atteint de kyste hydatique et qui présente en même temps des lésions de cirrhose hypertrophique.

J. P.

BIBLIOGRAPHIE

La stérilisation alimentaire, par le Dr Jules Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille.

Ce petit volume, qui fait partie de la *Bibliothèque médicale Charcot-Debove*, est comme le testament médical de Jules Arnould ; il n'a paru qu'après la mort de notre regretté collaborateur et ami ; c'est le dernier travail auquel il ait attaché son nom.

On peut dire de Jules Arnould : *transiit laborando*. Son œuvre, en effet, est considérable, et, dans le domaine de l'hygiène qu'il a plus particulièrement exploré, il est peu de questions qu'il n'ait abordées, examinées, discutées avec son esprit critique fin, parfois ironique, toujours juste, et dont il n'ait ainsi préparé la solution pratique. On n'a qu'à parcourir les différents recueils auxquels il a collaboré : la *Gazette Médicale de Paris*, le *Recueil de Médecine militaire*, le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, les *Annales d'Hygiène publique*, le *Bulletin médical du Nord*, la *Revue d'Hygiène*, etc., etc., et l'on se rendra compte de son immense labeur. Il avait condensé le fruit de ses études dans un ouvrage, les *Nouveaux Eléments d'Hygiène*, qui, publié en 1881, a eu une seconde édition en 1889, et dont la troisième doit paraître à la fin de l'année courante, livre vraiment classique dont le succès n'est pas près de s'éteindre.

M. Debove ne pouvait manquer, pour la *Bibliothèque médicale*, de recourir à la collaboration d'un hygiéniste aussi éminent. J. Arnould lui avait déjà donné un volume, *La désinfection publique*, dont celui que nous avons à analyser est le complément naturel. Ainsi que le fait remarquer l'auteur, dans son avant-propos, il s'agissait, dans le premier travail, d'atteindre les germes infectieux qui ont avec nous des rapports d'*extériorité*, tandis que, dans le second, on se propose de poursuivre, dans les matières alimentaires et les boissons, les germes dont les rapports avec notre économie sont *intérieurs*.

Ces germes sont de deux ordres: les uns, *microbes pathogènes*, ingérés avec les aliments et les boissons, sont directement nuisibles; les autres, *microbes vulgaires*, ne sont dangereux que par le altérations qu'ils font subir à l'aliment et les troubles physiologiques qui peuvent en être la conséquence. J. Arnould consacre le premier chapitre à l'examen de ces divers microbes et résume, dans des pages du plus haut intérêt, tout ce que la bactériologie appliquée à l'hygiène alimentaire a pu nous apprendre. Il distingue, parmi les microbes pathogènes, ceux qui proviennent d'un animal en puissance d'une maladie transmissible à l'homme, telle que le charbon, la morve, la tuberculose, etc. (infection alimentaire primitive), et ceux qui, provenant de l'homme et des milieux extérieurs, aussi bien que des animaux, sont apportés aux aliments par des intermédiaires variables (infection alimentaire secondaire). Il étudie l'évolution de ces microbes dans les matières alimentaires, puis dans les voies digestives.

En ce qui concerne les microbes non pathogènes, J. Arnould a tendance à les innocenter moins qu'on ne le fait généralement. « Il n'y a pas, dit-il, de démarcation très nette entre les microbes infectieux et ceux qui ne le sont pas. Les espèces bactériennes sont mal caractérisées et comme malléables; les limites qui les séparent les unes des autres sont vagues et changeantes. A côté du bacille pathogène typique, il existe des formes voisines dont l'innocuité n'est pas certaine, tout au moins pas constante. » Le bacille du côlon fournit un exemple probant à l'appui de ces sages réflexions.

Après avoir ainsi étudié ce qu'on pourrait appeler la matière de son sujet, J. Arnould aborde la question de la stérilisation alimentaire, qui est préventive ou réparatrice. La première s'oppose à l'invasion ou à la multiplication des germes; la seconde poursuit leur suppression. L'une et l'autre emploient des moyens chimiques, physiques et mécaniques.

Dans la stérilisation préventive on cherche d'abord à supprimer les agents de transport des microbes: la propreté minutieuse des aliments, des animaux qui les fournissent, des locaux où ils séjournent, des objets avec lesquels ils sont en contact; les procédés de conservation, tels que le procédé Appert, l'enrobement dans l'huile, la graisse, le sirop de sucre, etc.; l'approvisionnement d'une eau de source pure et la surveillance rigoureuse des travaux de captation, des conduits, des réservoirs; l'isolement et, le cas échéant, l'abatage des animaux malades ou simplement suspects; l'observation rigoureuse des lois de police sanitaire relatives à l'inspection des abattoirs et des marchés; la suppression de l'humidité par la dessiccation, la salaison, le fumage, la réfrigération, la congélation: tels sont les principaux moyens qu'emploie la stérilisation préventive. L'auteur ne fait que mentionner quelques antiseptiques chimiques dont il est plutôt d'avis de s'abstenir, car, aux doses admises pour les matières alimentaires, ces substances ne sont pas réellement antiseptiques et, à des doses plus fortes, elles deviennent dangereuses.

La stérilisation réparatrice est, à vrai dire, le sujet principal de l'ouvrage, aussi en occupe-t-elle à peu près les deux tiers. Elle emploie surtout un moyen physique, la chaleur, « lequel, dit l'auteur, est héroïque et à peu près le seul applicable aux viandes et au lait ». Pour la stérilisation de l'eau, on a recours aussi à un moyen mécanique de grande importance, la filtration, et à certains agents chimiques, tels que l'alun et le permanganate de potasse, qui offriraient, suivant quelques auteurs, des avantages réels. Ces avantages sont contestés par d'autres et Arnould garde, à ce sujet, une sage réserve.

La stérilisation, par la chaleur, de la viande et du lait est l'objet d'une étude détaillée des plus intéressantes et aussi des plus pratiques; il est des pages dont la lecture pourrait être recommandée aux maîtresses de maison et à leurs cuisinières, en particulier celles qui ont trait à la stérilisation à 100 degrés et au-dessous, et qui traitent ainsi du degré de cuisson de la viande. La stérilisation de la viande au-dessus de 100 degrés comprend la méthode Appert et les autres procédés plus ou moins semblables.

La stérilisation du lait est l'une des questions d'hygiène alimentaire certainement les plus importantes; elle est capitale en ce qui concerne la première enfance. Elle s'est considérablement répandue dans ces derniers temps, mais moins chez les parti cu liers que dans les grands établissements de production. Quand les procédés les plus simples, comme ceux de Soxhlet ou de Gentile, seront mieux connus, l'usage s'en répandra sans doute davantage dans les familles. Mais, en hygiéniste qui envisage les choses de haut, Arnould ne voit, dans la stérilisation du lait, qu'une pratique qu'il faut tolérer provisoirement. « Ne cherchons pas, dit-il, à en faire une institution sociale, et poursuivons plutôt et toujours l'instauration des moyens d'assurer la santé des animaux et la propreté du lait. »

La stérilisation de l'eau se fait suivant trois modes: la stérilisation *mécanique* ou filtrage, la stérilisation *chimique* et la stérilisation par la chaleur.

La filtration se pratique en grand pour l'usage de toute une ville (*filtration centrale*), ou à domicile pour les particuliers (*filtration locale*).

Les procédés employés pour la filtration centrale comprennent les filtres à sable, les galeries filtrantes, auxquels l'auteur ajoute quelques essais plus récents, tels que le procédé Lefort et les filtres en pierre artificielle. La filtration locale se fait au moyen de divers appareils dont le filtre en porcelaine de Chamberland et le filtre en terre d'infusoires de Nordtmeyer sont les principaux. Arnould examine et discute la valeur de chaque mode de filtration, et, sans contester les avantages relatifs qu'on en peut retirer, prémunit contre l'excès de confiance qu'ils pourraient inspirer. La conclusion est que « les meilleurs filtres ne sont pas, pour les usages domestiques, des stérilisateurs sur lesquels on puisse compter ».

Nous ne reviendrons pas sur la stérilisation chimique.

La stérilisation de l'eau par la chaleur se fait à 100° et au-dessus. Au point de vue des qualités extérieures de l'eau, elle est inférieure au filtrage, mais, au point de vue bactériologique, elle lui est supérieure.

Finalement, et c'est par cette conclusion générale que l'auteur termine son livre, « la stérilisation (réparatrice) est un moyen d'exception et de nécessité. On doit n'en user que dans la mesure la plus restreinte possible et chercher constamment à obtenir les aliments et les boissons dans un état de pureté tel qu'on puisse se passer de ce correctif ».

On voit par là de quel esprit de sage critique s'est inspiré l'auteur dans l'étude et l'appréciation des différentes pratiques dont s'est enrichie de nos jours l'hygiène alimentaire.

Dr F. de Ranse.

Les grands lavages de l'intestin (Etude, historique critique et expérimentale), par le docteur H. Angerant, 1894.

Thèse fort intéressante et toute d'actualité. L'auteur commence par mettre au point d'une façon succincte l'anatomie descriptive du cæcum. Il fait ensuite une étude très documentée du rôle de la valvule iléo-cæcale si longtemps considérée comme la barrière des apothicaires: est-elle réellement une barrière pour les liquides? C'est sur ce point de physiologie que reposent à la fois et l'intérêt et

la solution de la question. Or, il résulte des recherches si consciencieuses d'Angerant et de ses observations personnelles que la valvule iléo-cæcale peut, dans bien des cas, être franchie par les liquides. Pourquoi dans d'autres leur oppose-t-elle une résistance insurmontable ? Le fait est différemment expliqué : les uns avec Debierres incriminant une disposition anatomique spéciale de la valvule, Angerant croyant plutôt à la disposition anatomique des ligaments du cæcum et surtout à la trop forte pression employée dans les irrigations.

Angerant décrit ensuite la technique opératoire employée dans les grands lavages de l'intestin ; il entre à ce sujet dans des détails complets où nous ne pouvons le suivre. Bornons-nous à rappeler que l'entéroclyse de Cantani a marqué la première étage sérieuse dans la voie des grands lavages de l'intestin. Lesage et Dauriac, en même temps que de Genersich, ont érigé ceux-ci en une méthode précise que l'on pourra voir couronnée de succès dans certaines occlusions intestinales par volvulus, brides, etc., dans les diarrhées fétides, dans le choléra, dans certains ictères infectieux ou par rétention. L'importance de son rôle thérapeutique, qui ne pourra que grandir, suffit à justifier l'excellente étude que le Dr Angerant vient de lui consacrer.

Albert Mouchet.

LES LIVRES

Chez Rueff et Ce, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain. Paris.

Le Massage, Manuel théorique et pratique, par le Dr Georges Berne, ancien interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie de la Faculté. Avec 152 figures dans le texte. 1 volume, reliure amateur, peau pleine, tête dorée, 5 francs.

Ce volume, conçu d'une façon si pratique qu'il vulgarise cette science nouvelle du massage, après un court historique, tire, de l'étude de la physiologie générale, des conclusions cliniques et histologiques.

La technique opératoire y est habilement divisée en quatre exercices :

1° Effleurage ;
2° Pétrissage ;
3° Pression ;
4° Percussion.

Le traitement y est appliqué dans les affections musculaires, dans les maladies du système nerveux périphérique, dans les maladies de l'appareil circulatoire et dans les maladies générales.

La blennorrhagie chez l'homme, historique, bactériologie, clinique, traitements anciens et nouveaux, par le Dr F.-P. Guiard, ancien interne des hôpitaux, avec préface du professeur Guyon. 1 vol. in-8, carré, d'amateur, peau pleine, 8 francs, Paris, 1894.

Ce livre est le résumé de toutes les notions acquises à l'heure actuelle sur la blennorrhagie chez l'homme en même temps que l'exposé des idées personnelles de l'auteur, l'un des plus anciens élèves du professeur Guyon, déjà connu lui-même par des publications importantes sur les maladies des voies urinaires.

Il est clairement conçu, agréablement écrit et enfin disposé typographiquement (sommaires de chapitres, titres courants, titres d'alinéas) avec une méthode qui en rend la lecture rapide, facile et profitable.

Destiné surtout aux praticiens, il met à leur portée les progrès scientifiques les plus variés, notamment ceux de la bactériologie, mais il a pour principal objectif le traitement. Les deux grandes méthodes qui méritent d'être retenues, l'ancienne et la nouvelle, y sont décrites avec précision, ce qui en rendra l'application toute simple, même pour les débutants. Ils éviteront les fautes si habituellement commises et le passage si fréquent de la maladie à l'état chronique.

Bibliothèque médicale, fondée par MM. Charcot et Debove, dirigée par M. G.-M. Debove.

Clinique et thérapeutique infantiles, avec formulaire pratique, par le Dr R. Blache, 2 vol., 7 francs.

Cancer du sein, par M. Ch. Monod, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, et M. Félix Jayle, interne des hôpitaux, 1 vol., 3 fr. 50.

Ostéomyélite de la croissance, par le Dr Mauclaire, interne, médaille d'or en chirurgie, professeur à la Faculté, 1 vol., 3 fr. 50.

Antisepsie et asepsie chirurgicales, par le Dr Auguste Reverdin, professeur à la Faculté de médecine de Genève, 1 vol. 3 fr. 50.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 19 AU 24 NOVEMBRE 1894

Examens

Lundi 19 novembre. — 2e Oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Retterer, Sebileau. — 2e (2e partie) : MM. Fournier, Gley, Poirier. — 3e (2e partie) : MM. Hayem, Brissaud, Letulle. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Delbet, Jalaguier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Terrier, Ricard, Lejars.

Mardi 20 novembre. — *Médecine opératoire* : MM. Guyon, Schwartz, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Raymond, Chantemesse. — 3e Oral (1re partie) : MM. Tarnier, Berger, Nélaton. — 4e : MM. Proust, Pouchet, Gilbert. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Duplay, Quénu, Albarran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Panas, Le Dentu, Brun. — 5e (2e partie), Charité : MM. Debove, Hallopeau, Ménétrier.

Mercredi 21 novembre. — *Dissection.* — MM. Farabeuf, Poirier, Sebileau. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Retterer, Gaucher. — 3e Oral (1re partie) : MM. Terrier, Lejars, Varnier.

Jeudi 22 novembre. — *Médecine opératoire* : MM. Duplay, Nélaton, Poirier. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Chantemesse. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Guyon, Bar, Albarran. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Le Dentu, Maygrier, Brun. — 4e : MM. Pouchet, Joffroy, Marie.

Vendredi 23 novembre. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Delbet, Ricard, Jalaguier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Tillaux, Tuffier, Lejars. — 5e (2e partie), Charité : MM. Hayem, Netter, Brissaud. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudeloque : MM. Pinard, Tarnier, Sebileau.

Samedi 24 novembre. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Roger. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Panas, Nélaton, Brun. — 5 (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Le Dentu, Schwartz, Albarran. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Raymond, Gilbert. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses

Mercredi 21 novembre, à 1 heure. — *M. Fabre* : Contribution à l'étude de la pleurésie chez les cardiaques et en particulier de la pleurésie droite. — *M. Pètre* : Contribution à l'étude de la stomatite aphteuse. — *M. Carra* : Etude sur la pleurésie syphilitique du stade roséolique ou pleurésie syphilitique secondaire. — *M. Courdoux* : De l'hyperthermie dans l'urémie. — *M. Meslier* : Contribution à l'étude de la périméningite aiguë. — *M. Martin* : De la propagation des affections vulvo-vaginales de l'enfance aux organes génitaux internes et en particulier des péritonites consécutives aux vulvo-vaginites des petites filles. — *M. Straforelli* : Des grands kystes du cordon spermatique. — *M. Guinebertière* : Contribution à l'étude de l'ablation des corps fibreux de l'utérus. Hystérectomie abdominale totale. — *M. Mathez* : Contribution à l'étude des angiômes sous-cutanés.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Cours et conférences.

Hospice de la Salpêtrière.

M. le professeur Raymond commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux le vendredi 16 novembre 1894, à 10 heures du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 47 — 24 Novembre 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CRITIQUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Les vieux dogmes cliniques devant la pathologie microbienne.

Par le professeur J. Grasset.

Sous le titre qui précède, M. le professeur Grasset a fait paraître une brochure dont on pourra juger diversement les tendances. Les uns voudront y voir une revendication en faveur des traditions dont l'Ecole de Montpellier se fait gloire d'être la gardienne fidèle et la dépositaire, une sorte de plaidoyer *pro domo suâ* destiné à affirmer une fois de plus les convictions qui inspirent les représentants de cette Ecole plusieurs fois séculaire. Ils y verront peut-être aussi une protestation déguisée contre l'esprit trop positiviste de la science contemporaine et particulièrement contre l'anatomisme pur de l'Ecole de Paris, si proche parent du matérialisme.

D'autres estimeront simplement qu'il y a là un essai de conciliation, une tentative pour mettre d'accord ces mêmes traditions avec les données d'une science plus récente, un effort pour montrer que les dogmes du passé et les découvertes modernes ne se contredisent ni ne s'excluent nécessairement. Nous nous rangerons, pour notre part, à cette dernière interprétation qui sera aussi, nous en sommes convaincus, celle de tous les lecteurs de bonne foi.

La manière de procéder de M. Grasset peut se résumer en ceci. Il prend une à une les acquisitions de la pathologie microbienne et cherche à montrer, par une discussion serrée et un parallèle habile, que tout ce qui en découle, sous forme de conclusions doctrinales ou d'applications pratiques, était déjà contenu en germe dans ces vieux dogmes cliniques avec lesquels la science nouvelle semblait avoir rompu pour toujours. Il trouve un premier argument dans ce fait que la microbiologie a confirmé et développé l'importance de la notion de nature, qu'elle a montré que cette notion doit avoir le pas sur la notion de siège, à laquelle certains pathologistes ont voulu attribuer une prééminence injustifiée. Puis, c'est l'étude des phénomènes inflammatoires déterminés par l'introduction des microbes dans nos tissus qui lui en fournit un autre, encore plus démonstratif et saisissant à ses yeux. En effet, ces phénomènes sont au premier chef des manifestations de l'activité cellulaire et de la vie locale : phagocytose d'abord, puis diapédèse et prolifération, tous ces actes sentent la vie et on ne peut guère les comparer à ceux qui, dans les mêmes conditions, se passent dans un terrain inerte ou dans un vulgaire bouillon de culture. Or, c'est bien là du vitalisme, tel que l'Ecole de Montpellier l'a toujours enseigné, avec, en plus, la preuve morphologique et visible de sa réalité. Même les conclusions se trouvent être si conformes que l'on a été récemment jusqu'à dépasser le but, en admettant que la réaction inflammatoire déterminée par l'invasion des microbes présente un caractère providentiel et salutaire au point d'imposer l'abstention, celle-ci étant suffisamment motivée par le peu d'intérêt pour le praticien à combattre une inflammation toujours profitable. Or, il ne semble pas que, même aux jours de ses plus grandes exagérations, l'Ecole de Montpellier ait été aussi loin. Certainement, elle a admis l'idée d'une force médicatrice, c'est-à-dire la participation directe de l'organisme aux actes qui doivent le garantir contre la maladie, à ce que l'on appellerait aujourd'hui les processus de défense. Mais elle n'a pas été jusqu'à voir dans ces actes une réaction nécessairement salutaire. Et voilà comment deux doctrines issues de points de départ si divers peuvent se rencontrer dans les mêmes conclusions, au point que la seconde dépassera la première, son aînée, par le temps et par la durée.

Veut-on d'autres rapprochements? L'Ecole de Paris, qui s'est fait gloire d'être organicienne, avait enseigné jusqu'à présent comme une sorte de dogme la prédominance de l'état local sur l'état général, plaçant ainsi la lésion avant la maladie. L'Ecole de Montpellier, elle, a toujours enseigné une opinion contraire. Or, il se trouve que les fondateurs de la bactériologie et ceux qui sont actuellement les représentants les plus autorisés de cette science, semblent vouloir donner raison à nos contradicteurs du Midi. En effet, on sait que la réaction générale tient une grande place dans l'action pathogène des microbes ; on peut dire

qu'elle compte au moins pour moitié dans l'évolution de celle-ci. Certaines septicémies d'allure plus ou moins rapide, parfois même foudroyante, ne comportent guère d'autre explication que cette influence réciproque des microbes et du terrain sur lequel elle exerce ses ravages. L'histoire de l'immunité acquise n'est elle-même qu'un cas particulier de cette influence et l'on peut ajouter qu'elle en est une des plus brillantes et des plus fécondes applications. Comment expliquer cette immunité, si l'élément pathogène reste lésion locale, s'il ne se diffuse pas dans l'organisme, s'il n'imprime pas aux humeurs et aux tissus une certaine modalité qui les garantit contre les effets d'une agression ultérieure du même genre? Mais cela importe peu, l'essentiel est que, dans cette conception, la question de l'état général et du terrain reprend toute son importance d'autrefois. Aujourd'hui comme hier, le véritable agent actif, c'est l'organisme vivant: le microbe n'est plus que le provocateur, l'épine de Van Helmont, la cause occasionnelle. Or, c'est précisément là ce que l'Ecole de Montpellier a enseigné de tout temps, envers et contre tous contradicteurs. M. Grasset fait sonner bien haut cette conclusion, qui donne un regain d'authenticité et un nouveau relief à la doctrine dont il est resté un des adhérents convaincus. Et c'est avec orgueil qu'il montre, à la base de la pathologie générale moderne, la vieille conception vitaliste rajeunie, modernisée et mise au point, affirmée enfin à nouveau par les plus récentes conquêtes de la science. A voir la satisfaction qu'il exprime, on pourrait croire que les travaux modernes n'ont réellement eu d'autre but que cette affirmation nouvelle des doctrines de Montpellier.

Mais il y a encore d'autres arguments, que notre confrère emprunte à la bactériologie, et qu'il fait intervenir habilement à l'appui de sa thèse: entre autres, le polymorphisme des microbes et parallèlement leur polydynamisme; puis leur faculté d'adaptation aux diverses conditions de terrain dans lesquelles ils se trouvent placés. Impossible de comprendre cette partie de leur histoire, si l'on n'invoque pas, simultanément, comme un facteur de premier ordre, l'activité propre et spontanée de l'organisme vivant. Si celui-ci se défend contre les parasites, ce n'est point par des moyens mécaniques, tel que l'insuffisante barrière des épithéliums, mais bien par des actes d'ordre essentiellement vital, dont l'ensemble figure assez bien ce que les pathologistes ont désigné sous le nom de réaction. Quelle autre explication donner de cette conservation de l'individu au milieu de tant d'ennemis, et de cet état d'immunité habituel et permanent qui fait le fond de l'état de santé et n'est interrompu que d'une manière éventuelle et temporaire par la maladie? Il faut que nos humeurs et tissus possèdent un pouvoir bactéricide naturel, grâce auquel ils sont en mesure de soutenir victorieusement la lutte. La phagocytose de Metchnikoff est une des manifestations cellulaires de cette faculté bactéricide, un de nos principaux moyens de défense. Malheureusement, ces protecteurs naturels peuvent faiblir dans certaines circonstances et voilà l'ennemi dans la place avec tous les dangers inhérents à une pareille invasion.

C'est ici que se place l'intervention des causes adjuvantes ou occasionnelles qui sont encore une manifestation du vitalisme, mais dans un sens pour ainsi dire inverse. M. Grasset voit précisément dans l'action de ces causes une conception rajeunie de la spontanéité morbide, si chère à l'Ecole de Montpellier, qui a rompu tant de lances en sa faveur. Quelle autre interprétation donner, suivant lui, à ces états infectieux qui paraissent créés de toutes pièces par l'organisme, à ces autotyphisations dont nous avons un exemple typique dans les accidents parfois si graves que le surmenage entraîne quelquefois avec lui. Et qu'est-ce que l'opportunité morbide, cette autre conception chère aux vitalistes, sinon l'état de moindre résistance, tel que les nosologistes modernes l'ont compris et qui joue un si grand rôle dans les théories pathogéniques du jour? La question du terrain, de l'état général, a donc repris toute sa faveur première, et nous voici loin de l'époque où un Peter pouvait dire: La lésion, c'est toute la maladie!

Veut-on encore d'autres arguments? M. Grasset n'a pas de peine à en trouver dans les travaux bactériologiques les plus récents. On a cru pouvoir admettre, par exemple, que chaque microbe engendre une maladie spéciale, opinion qui, soit dit en passant, ne peut que remettre l'idée de spécificité en honneur. Or Charrin, un des plus compétents sur ce sujet, protestait dernièrement contre cette opinion et prouvait qu'une même espèce peut donner lieu à des inflammations très diverses et à des maladies très différentes. Autant dire que le microbe n'est qu'une occasion, un prétexte: que c'est l'organisme ou plutôt l'individu lui-même qui fait sa maladie. Il y a aussi la question du rôle et du mécanisme de la transmission héréditaire envisagée au point de vue microbien, et M. Grasset cherche à la résoudre dans un sens conforme aux antiques errements. Mais ici nous ne pouvons le suivre dans la filière compliquée par laquelle il entend conduire le lecteur à cette solution. Constatons seulement qu'il veut demeurer vitaliste jusqu'au bout, jusques et y compris le domaine thérapeutique, car, s'il fait une certaine part à l'antisepsie médicale, au moins dans le sens de prophylaxie, pour tout le reste il maintient énergiquement les droits de l'ancienne thérapeutique, de celle qui s'adressait directement à l'organisme et avait pour moyen et pour but l'intervention des forces vitales. On voit par là, que s'il reconnaît l'importance des recherches modernes; s'il souscrit même à certaines conclusions des bactériologistes, il n'en reste pas moins entier dans sa foi vitaliste, dans son adhésion aux doctrines qui ont fait la renommée de l'Ecole où il enseigne la médecine. Réussira-t-il dans cet essai de conciliation entre des doctrines que nous persistons à considérer comme tout à fait opposées, entre un passé vieilli et démodé et un présent plein de promesses? On peut en douter, d'autant qu'un pareil rapprochement ne va pas sans efforts et implique par lui-même quelque chose de factice et d'arbitraire qui laissera plus d'un lecteur incrédule ou indifférent. Mais la sincérité de celui qui l'a osé inspirera certainement l'estime, si les arguments qu'il invoque n'entraînent pas la conviction. P. M.

A L'ÉTRANGER

AMÉRIQUE

Chirurgie conservatrice des organes pelviens chez la femme.

Dans un article publié par *The american Journal of Obstetrics*, M. William Polk discute ces moyens de conserver les organes génitaux de la femme et qui sont de date ancienne: myomectomie et ligature des artères de l'utérus dans les fibrômes; curettage et tamponnement dans toutes les formes d'endométrite, qu'elles soient aiguës ou chroniques, puerpérales ou non puerpérales. Au sujet de la myomectomie, il énumère les indications de l'opération suivant leur rang d'efficacité:

1° Cette opération est applicable à l'utérus qui présente une tumeur pédonculée;

2° Elle est également applicable à l'utérus dont les tumeurs présentent une capsule fibreuse parfaitement développée, et lorsque ni le volume, ni le nombre, ni la situation de ces tumeurs ne peuvent occasionner, pendant extirpation, à l'utérus ni à ses vaisseaux sanguins aucun dommage capable de nuire à l'activité fonctionnelle de cet organe.

Quant à la ligature des ligaments larges de l'utérus faite dans le but d'arrêter le développement de la tumeur fibreuse, l'auteur pense que, puisque dans cette opération on se propose un but utile sans encourir les dangers d'une opération plus grave, et puisque, d'autre part, ce but est atteint aussi bien et même mieux que par la salpingectomie, il importe d'employer cette ligature dans les cas où la myomectomie est contre-indiquée et lorsque l'on ne peut pas exécuter une opération radicale. Momentanément, nos connaissances sont insuffisantes pour nous permettre de dépasser ce critérium.

L'auteur est un fervent disciple de l'efficacité du curettage de l'utérus et du tamponnement à la gaze dans toutes les formes d'endométrites et de métrites, aiguës ou chroniques. Les résultats les plus frappants, dit-il, sont ceux que l'on a obtenus dans les cas d'inflammations septiques aiguës de l'utérus qui accompagnent les avortements et les accouchements. Mais, pour être utile, cette méthode devra être appliquée à propos, tout retard favorisant l'infection de l'appareil génital après laquelle le traitement, quoique loin d'être inutile ou dangereux, rend cependant de moins grands services. Dès qu'un signe quelconque d'infection est apparu, à la suite d'un accouchement ou d'un avortement, le médecin devrait, dit l'auteur, laisser de côté les douches vaginales et les autres mesures expectatives pour entrer de plein pied dans l'utérus, le curetter et le bourrer de gaze aseptique.

Cette mesure rendrait également les plus grands services dans les inflammations chroniques ; elle serait même applicable toutes les fois que, dans les inflammations chroniques, l'utérus a été agrandi et qu'il se trouve en état d'infiltration. Quant à la résection des ovaires, qui sont le siège de kystes simples ou sanguins, l'auteur établit que, dans la pratique, on rencontre deux classes de kystes simples : d'un côté, il y a un, deux ou trois kystes variant, en dimensions, depuis celles du corps jaune ordinaire, à des dimensions triples ou quadruples. De l'autre côté, il y a plusieurs petits kystes indistinctement disséminés dans la partie corticale de l'organe. Les premiers doivent être tout simplement énucléés avec du catgut ou de la soie. Pour les seconds, l'auteur a recours à l'ignipuncture de tous les kystes qu'il peut atteindre. Il conseille même d'ouvrir l'ovaire par une incision franche qui permette l'accès des kystes compris dans l'intérieur du parenchyme.

L'auteur termine sa discussion par quelques considérations sur les trompes et les soins chirurgicaux que leur état peut réclamer. Lorsque, dans une trompe, le canal est intact et l'ostium abdominal ouvert, on peut présumer que l'ouverture utérine de ce conduit est également saine.

Présupposant donc que l'ovaire ou une partie de l'ovaire a été laissée dans le pelvis, on doit prendre pour principe de ne pas enlever la trompe, et on doit traiter, alors, l'endométrite par le tamponnement. Si la trompe se présente avec l'ostium abdominal complètement ou en partie fermé, et qu'elle contienne une petite quantité de liquide muco-purulent témoignant d'une oblitération de date récente, il faudra ouvrir cette trompe au niveau de l'ostium ; la nettoyer et la laisser dans le pelvis, après avoir pris soin de lui ménager une ouverture libre.

ANGLETERRE

Hystérectomie dans les maladies des annexes de l'utérus.

M. Baldy a fait des recherches pour déterminer si, après l'ovariotomie, l'utérus laissé en place conservait encore quelque utilité. Il en est arrivé à se convaincre que, dans ces cas là, la matrice devenait complètement inutile, parce que sa véritable fonction, dans l'organisme, est de contenir l'embryon. L'utérus ne sert pas de support au vagin. Il est soutenu par les ligaments larges que l'on incise dans l'ovariotomie double. D'ailleurs, l'utérus tout entier peut être enlevé et le col laissé intact, pourvu que les connexions qui existent entre le vagin et le col de la matrice ne soient pas interrompues. Il y a, de plus, ce fait que, après une double ovariotomie, très souvent les malades ne sont pas complètement guéries, mais pendant des mois entiers elles se plaignent de douleur, de métrorrhagie, de pertes blanches, etc..., tandis qu'il y a toujours guérison des cas où l'on pratique l'hystérectomie à la suite de ces symptômes persistant après l'ovariotomie. L'auteur donne des détails de quatre cas à ce sujet. L'hystérectomie ne donne pas une mortalité supérieure à celle qui accompagne la double ovariotomie, et, d'ailleurs, la présence de l'utérus est un danger pour le malade ; car l'utérus est souvent atteint de métrite et il peut devenir le siège d'une affection cancéreuse ou tuberculeuse. Vingt pour cent des cas de pyosalpinx sont de nature tuberculeuse et dans de tels cas l'utérus s'infecte facilement. Il est donc plus sûr, dans beaucoup de cas du moins, car il n'est pas nécessaire, dans tous les cas, d'enlever l'utérus en même temps que les annexes. Dans la discussion qui eut lieu au sujet de cette communication à la Société de Gynécologie et de Pédiatrie, Krug se montra du même avis que Baldy.

Aujourd'hui, il est pleinement établi, dit-il, que la persistance des symptômes est due à la présence de l'utérus enflammé qui est le siège premier et la cause première de toutes les lésions. On doit pratiquer l'hystérectomie dans tous les cas où une double ablation des annexes est nécessaire. Slanks aussi dit avoir trouvé chez ses malades que la persistance des symptômes après l'ovariotomie était due à ce que l'on n'avait pas enlevé l'utérus. L'hystérectomie rend le drainage de la région plus parfait, elle est suivie d'une convalescence plus régulière et se termine par la guérison complète. Il faut cependant faire des réserves pour les cas suivants : ancien pyosalpinx compliqué d'endométrite catarrhale purulente ou chronique ; salpingite ou ovarite puerpérale accompagnée par une endométrite puerpérale ; salpingo-ovarite avec fortes adhérences et rétroversion de l'utérus. D'autre part, Byford soutient que l'hystérectomie est préférable seulement dans les deux cas suivants : lorsqu'elle vaut mieux au point de vue opératoire que la simple extirpation des annexes et lorsque l'utérus ne peut pas être guéri sans l'ablation. Cushing appuie sur les difficultés et les dangers de l'opération. Gordon juge inutile d'enlever un utérus sain et normalement placé. Wathen et Mc F. Emmet sont opposés à l'hystérectomie tant qu'elle n'a pas d'indications définies. Gill Wylie dit que l'utérus doit être enlevé en même temps que les annexes dans les cas de tumeur maligne, d'inflammation persistante de l'utérus, de fibrôme, et, en règle générale, chez les malades de plus de 35 ans. Dans la grande majorité des autres cas, l'ablation double des annexes suffit et n'est généralement pas suivie de la réapparition des symptômes douloureux.

(*British Medical Journal*, september 1894.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 novembre.—Présidence de M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

La cystostomie sus-pubienne.

M. BAZY. — Voici la phrase du livre de Thompson que j'ai incomplètement citée au cours de la dernière séance : « Je propose de dévier d'une façon permanente le cours de l'urine par une ouverture sus-pubienne quand l'urèthre est devenu impraticable par le fait de l'affection prostatique ».

Le bouton de Murphy.

M. QUÉNU. — Je ne suis pas convaincu par les reproches que M. Chaput a adressés au bouton de Murphy. Il l'accuse d'abord de s'engager avec peine dans la lumière du grêle auquel il attribue 8 millimètres de diamètre. Huit millimètres! Il me semble que c'est bien peu. Il lui reproche ensuite d'être, à cause des soudures qu'il renferme, d'une stérilisation difficile. Mais il n'y a qu'à remplacer l'étuve sèche par l'eau bouillante ; la stérilisation par ce procédé suffit : pour ma part, j'ai utilisé sans inconvénients un bouton de Murphy enlevé sur le cadavre d'un malade opéré par M. Terrier. Enfin, dit M. Chaput, l'application du bouton de Murphy peut, comme Demons et Zielewicz en ont rapporté des exemples, déterminer du sphacèle des parois de l'estomac et de l'intestin, sphacèle suivi de péritonite mortelle. Ici, je demande des explications. Les observations citées ne contiennent aucun détail. C'est peut-être la technique qui est en défaut et non point le bouton de Murphy. Comment opérez-vous ?

M. CHAPUT. — Mes mensurations sont rigoureuses ; à la vérité quelques-unes ont porté sur des femmes âgées qui peut-être avaient de la rétraction intestinale. Que la soudure ne soit pas un inconvénient irrémédiable, c'est possible, mais il fallait signaler le danger de la stérilisation à l'étuve sèche. En ce qui concerne la technique, je ne sais comment a opéré M. Demons ; mais Zielewicz, dont j'ai traduit le travail, dit qu'il a fait tout son possible pour ne pas serrer trop fort les parois de l'estomac contre la paroi métallique du bouton ; moi-même, j'ai exercé une pression très légère dans le cas malheureux que j'ai observé ; j'avais supprimé la bague du bouton.

M. QUÉNU. — Que vous serriez fort ou pas, voilà bien qui n'a aucune importance. Moi, je serre le plus possible et mes malades n'ont pas de sphacèle. Du reste, vous dites que vous avez supprimé la bague du bouton. Ce n'est donc pas le bouton de Murphy que vous devez accuser, c'est le bouton de Chaput. Le mécanisme de la perforation n'est pas celui que vous dites, à mon avis. Il faut absolument, pour que la ligature soit solide, que les tuniques de l'estomac et de l'intestin ne remontent pas trop le long du cylindre du bouton ; si elles ne sont pas adaptées tout juste près de la portion large de l'instrument, quand on emboite les deux cylindres, on les refoule, elles échappent au fil, et il se produit une fuite. Voilà comment les matières passent dans le péritoine ; il n'y a pas là de gangrène. Il importe donc que la tranche de l'incision soit placée au droit de la base de la tige ; il est même bon de lui donner une forme de biseau en réséquant un peu la muqueuse qui dépasse. J'ai trois observations à mon actif ; je n'ai observé aucun accident. L'application du bouton de Murphy constitue, au contraire, une méthode simple, rapide, très sûre. Elle permet d'éviter toute effusion du contenu de l'estomac ou de l'intestin dans le péritoine, au cours de l'opération ; or, c'est là un avantage précieux et M. Chaput sait bien qu'on n'en saurait dire autant de l'anastomose par sutures, puisque, dans une intervention où il m'a assisté, malgré son précieux concours, nous n'avons pu échapper à cet accident? Qui ne sait, au reste, que cette irruption des matières est si fréquente, qu'on a proposé de faire au préalable un lavage de l'estomac pour parer d'avance le danger? Voici ma technique : avant tout, je ferme l'orifice du bouton de Murphy avec un bouchon et je fais bouillir le tout ; ainsi, le bouchon gonfle et ferme hermétiquement le cylindre ; au bouchon j'adapte une épingle de nourrice qui empêche, pendant l'opération, la chute du bouton dans l'estomac. J'applique le bouton sur les parois de l'estomac, et tout autour de lui, je faufile ces parois en collerette avec une soie fine. Pendant ce temps, un aide obture la cavité stomacale en comprimant un large pli de la paroi. Dans l'espace circonscrit par le fil, je fais ensuite une incision en croix ; puis, je résèque un peu de muqueuse et j'introduis le bouton ; je serre alors le fil sur le cylindre tout au ras de la bague. Alors, j'opère sur l'intestin comme sur l'estomac. Tout est fini en 15 minutes ; à la rigueur, si j'ai quelque crainte, je place un fil ou deux sur les points de la paroi qui paraissent ne pas s'adapter très bien. Comme le bouton est difficile à maintenir sur l'estomac ou sur l'intestin au moment où l'on veut mesurer le faufilage sur ses dimensions, je le remplace par un sou stérilisé (les dimensions sont les mêmes) auquel je fais souder un stylet qui permet de le bien saisir et de le bien fixer. Cet appareil, très simple, est très commode.

M. CHAPUT. — M. Quénu m'accuse de ne pas me servir du bouton de Murphy, d'accord ; mais c'est lui surtout qui n'emploie pas la méthode de Murphy, car le procédé qu'il vient de nous décrire (bouchon, épingle anglaise, résection de la muqueuse) constitue un perfectionnement que Murphy n'a jamais décrit. En ce qui concerne la pathogénie de la péritonite, je persiste à croire qu'il faut l'attribuer au sphacèle des parois dû à la constriction trop forte exercée par le fil ; dans quatre expériences sur le chien, j'ai serré fort : il y a eu irruption des matières dans le ventre et péritonite ; trois fois, j'ai serré modérément : les animaux ont guéri.

Gastrostomie par le procédé de Franck.

M. PICQUÉ. — M. Villar (de Bordeaux) a lu récemment devant votre Société un mémoire sur un nouveau procédé de gastrostomie imaginé par le Dr Franck (de Vienne) et quelque peu modifié par lui. Voici comment M. Villar s'exprimait, il y a quelques semaines :

« Tout le monde sait quels sont les inconvénients ordinaires de la gastrostomie ; l'écoulement du suc gastrique enflamme, excorie, ulcère, digère les bords de la fistule, et les meilleurs topiques sont quelquefois insuffisants pour parer à tous ces ennuis ; d'autre part, il n'est pas rare de voir les aliments introduits dans l'estomac sortir par l'orifice artificiel et le malade, déjà en malnutrition, mourir de faim quelques jours après l'opération. Bien des procédés ont été essayés par des chirurgiens qui, avant Franck, ont voulu parer le danger. Girard, Poncet, Monod, Terrier ont apporté de très heureux perfectionnements à la gastrostomie ; mais, malgré tant d'efforts, tous les procédés actuellement employés restent insuffisants. Aussi celui de Franck me paraît-il devoir enlever les suffrages. Voici comment j'ai opéré. J'ai fait l'incision classique de la gastrostomie : au travers de cette plaie, j'ai attiré un pli de la paroi stomacale, pli que j'ai fixé par trois points de suture à droite et trois points de suture à gauche à la couche musculaire abdominale et au péritoine. Puis, à deux travers de doigt au-dessus de cette ouverture, j'ai pratiqué sur la paroi thoracique elle-même une petite incision cutanée, et j'ai décollé la peau dans toute l'étendue qui séparait cette incision de la première, soulevant ainsi un véritable pont de téguments. Sous ce pont, j'ai attiré le sommet du pli stomacal, et j'ai fixé celui-ci par quelques fils superficiels et profonds aux deux lèvres de la plaie supérieure, puis j'ai ouvert l'estomac. Point de canule, point d'obturateur, point de poudre absorbante. Simplement un peu de gaze et d'ouate. C'est là, au total, le procédé de Franck, avec cette différence cependant que celui-ci, au niveau de la première ouverture, fixe seulement la paroi stomacale au péritoine, ce qui me semble insuffisant, tandis que je prends dans l'anse de mes fils le péritoine et la sangle musculaire. Cette opération donne un résultat excellent. En somme,

on crée entre l'orifice artificiel et l'estomac un canal intermédiaire, un véritable œsophage intra-pariétal. Puis, la bouche stomacale est haut placée, et tout cela fait que le pourtour de l'orifice reste sec, à l'abri de toute irritation produite par l'écoulement du suc gastrique et des aliments. Sans doute, dans quelques cas, il doit être un peu difficile d'exercer la traction nécessaire au passage du sommet du pli stomacal sous le pont cutané; sans doute aussi, quand il s'agit d'un rétrécissement fibreux de l'œsophage susceptible de guérison, la cure de la bouche stomacale doit être plus difficile à réaliser. Mais ce sont là des questions secondaires: d'une part, on peut toujours amener assez d'estomac pour le conduire jusqu'à la plaie supérieure; d'autre part, il est toujours aisé de fermer la bouche supérieure, ce qui suffit à la guérison. Du reste, rien n'empêcherait à la rigueur de réséquer le canal souscutané ».

Le procédé de M. Franck est évidemment très ingénieux; mais je crois qu'il est beaucoup trop compliqué pour pouvoir être appliqué dans tous les cas. Sans doute, l'écoulement du suc gastrique et les ulcérations qui en sont la conséquence, de même que l'écoulement des aliments, et les troubles de nutrition qui en sont la suite, commandent des précautions opératoires spéciales, puisque tous les appareils destinés à assurer l'occlusion de la fistule sont très imparfaits; mais il n'est pas nécessaire de s'adresser, pour obtenir un bon résultat, à un procédé aussi compliqué que celui de Franck. Personnellement, j'ai vu mon maître Perrier employer, et j'ai employé moi-même avec un plein succès le procédé de M. Terrier. Au résumé, fixer, par la méthode classique, l'estomac à la paroi par un double plan de sutures; faire, deux jours après, avec la pointe du thermocautère, une petite ouverture juste suffisante pour laisser passer une sonde en caoutchouc de moyen calibre; cela suffit toujours, et, si l'opération est bien faite, ni les aliments, ni le suc gastrique ne s'écoulent ultérieurement par la fistule. Je pense donc que l'invention d'un nouveau procédé ne se faisait point sentir; si ingénieux qu'il soit, il ne détrônera pas ceux qui, beaucoup plus simples, nous donnent tous les jours de très heureux résultats.

M. Routier. — Le procédé de Franck a, en effet, un gros inconvénient; son exécution est longue et délicate. Or, presque tous les malades sur lesquels on pratique la gastrostomie sont des affaiblis, des cachectiques, pour lesquels une opération ne saurait être bonne, si elle n'est facile et rapide. Personnellement, sans savoir comment procédait M. Perrier, j'ai été amené par l'observation d'un malade de Terrillon, mort de cachexie sans cancer quelques mois après une gastrostomie, et dont la fistule laissait écouler les aliments et le suc gastrique, j'ai été amené, dis-je, à chercher une méthode qui pût mettre les opérés à l'abri de ces accidents; et cette méthode, je l'ai trouvée dans la création, après gastropexie classique, d'une très petite ouverture stomacale. Je l'ai employée avec succès sur un homme tellement amaigri et fatigué, qu'il serait sans doute mort si j'avais mis en œuvre sur lui le procédé de Franck, d'exécution longue et délicate.

M. Schwartz. — Je pense comme M. Routier: le procédé de Franck ne sera jamais autre chose qu'un procédé d'exception. J'ai fait deux gastrostomies par le procédé de Terrier, en introduisant dans la plaie une petite sonde en caoutchouc que je laissai à demeure pendant trois ou quatre jours, puis dont les malades se servirent, ensuite, à chaque repas, pour introduire les aliments. Mes deux patients sont morts, l'un huit mois, l'autre quatorze mois après l'intervention, sans jamais avoir perdu de suc gastrique.

M. Segond. — Il y a onze ans, j'ai fait une gastrostomie, sans aucun procédé spécial, en un temps, à une malade qui se porte aujourd'hui très bien et retient parfaitement son suc gastrique et ses aliments; elle maintient simplement un morceau de coton sur l'orifice de la fistule qui ne lui donne aucun autre souci.

M. Monod. — J'ai, moi aussi, un opéré déjà vieux qui est dans d'excellentes conditions; j'ai fait la gastropexie classique et une simple ponction. Rien ne s'écoule par l'orifice. De temps à autre, la fistule devient un peu trop petite; il suffit alors d'une tige de laminaire pour lui rendre les dimensions nécessaires.

M. Championnière. — Le procédé qu'on décrit sous le nom de procédé de Terrier est déjà vieux; je l'ai employé, pour ma part, il y a déjà longtemps. Pour moi, la véritable cause de l'écoulement du suc gastrique par la fistule ne réside point dans la forme de l'incision, mais bien dans l'introduction, pendant les premiers jours qui suivent l'opération, d'un corps étranger dans l'estomac. Au résumé, il faut, après gastropexie, pratiquer une ouverture étroite et ne pas placer de sonde à demeure.

Perforation intestinale tardive d'origine traumatique.

M. Richelot. — M. Jullien nous a adressé une intéressante observation. C'est celle d'une fille qui, recluse à Saint-Lazare, fut prise tout d'un coup, dix-sept jours après son arrivée au dépôt, d'une péritonite suraiguë. On l'opéra *in extremis*; à gauche, après ouverture du ventre, on décolla quelques adhérences et on tomba ainsi dans un vaste abcès qui fut drainé par le cul-de-sac vaginal postérieur. La malade mourut huit jours après. A l'autopsie, on trouva une perforation de l'intestin grêle à 80 centimètres du cæcum. L'examen histologique montra que, tout autour de l'orifice, les parois intestinales étaient saines; il ne pouvait donc être question ici ni de fièvre typhoïde, ni de tuberculose, ni de dysenterie. C'est alors qu'interrogeant le passé de la malade, on apprit que 29 jours avant le début de la péritonite elle avait été rouée de coups par un souteneur. Il s'agit donc là d'un cas de gangrène intestinale consécutive à une attrition de la paroi. Ces cas de sphacèle tardif après la contusion intestinale sont rares, mais non pas exceptionnels; on a cité des perforations intestinales se produisant 47 et même 84 jours après le traumatisme. Le cas de M. Jullien peut donc être classé parmi les cas moyens. Il est instructif, montre la nécessité d'une intervention rapide, dès qu'apparaissent les accidents et nous oblige à réserver pendant longtemps notre pronostic après les contusions de l'abdomen. Sans doute, la malade de notre confrère aurait pu guérir si, instruit sur le passé de sa patiente, il avait complété la laparotomie par une suture intestinale.

Fracture de la rotule.

M. Delorme présente un malade à qui il a pratiqué la suture de la rotule pour une fracture à trois fragments. Le point intéressant de l'observation est celui-ci: un fragment d'os formait dans l'articulation un véritable corps étranger qu'on a pu extraire par l'arthrotomie et qui, plus tard, sans cette intervention, aurait déterminé, sans nul doute, des troubles nécessitant une nouvelle intervention.

Résection du maxillaire supérieur.

M. Tuffier. — Je vous présente un malade à qui j'ai pratiqué, au mois de janvier dernier, pour un polype naso-pharyngien, une résection du maxillaire supérieur par le procédé de Nélaton. J'ai pratiqué extemporanément l'autoplastie, refaisant la voûte et le voile du palais avec un lambeau pris dans la joue. Le malade n'a pour ainsi dire pas de déformation apparente de la face; il parle parfaitement.

M. Berger. — C'est fort bien, mais cette autoplastie immédiate n'est guère possible que dans la résection du maxillaire appliquée au traitement des polypes naso-pharyngiens. Souvent, quand il s'agit de cancers, on enlève trop de parties molles pour pouvoir restaurer. En tout cas, ce qui est aujourd'hui bien certain, c'est qu'il est inutile d'avoir recours, après la résection du maxillaire supérieur, à l'application des appareils de prothèse.

M. Quénu. — Il y a quelques mois, j'ai présenté à mes collègues de la Société de Chirurgie un malade à qui j'avais pratiqué la restauration immédiate du voile du palais après ablation, par la voie palatine, d'une tumeur naso-pharyngienne. A ce moment, mon ami Nélaton me fit remarquer que cette restaura-

tion immédiate empêcherait, peut-être, de surveiller la récidive. Or, ce malade, qui a fait l'objet de ma précédente communication, vient précisément de revenir dans mon service avec une récidive. En insinuant le doigt derrière le voile du palais, j'ai pu faire le diagnostic très facilement. Hier. mon assistant, M. Sebileau, a pratiqué chez ce malade la résection du maxillaire supérieur, en conservant, sur mon conseil, le plancher de l'orbite, méthode qui me parait très avantageuse.

M. DELORME — M Tuffier a obtenu un très beau résultat; mais bientôt le maxillaire du côté sain subira des déformations qui altéreront la symétrie actuelle de la face.

M. TUFFIER. — Le malade est opéré depuis le mois de janvier.

M. BERGER. — Je ne crois pas qu'il y ait grand avantage, comme l'ont fait MM. Quénu et Sebileau, à conserver le plancher de l'orbite. En ne sectionnant pas l'os malaire trop en dehors, il reste une assez grande quantité de la paroi externe de l'orbite pour que, même en employant le procédé classique de Nélaton, l'œil ne s'affaisse point dans la cavité creusée par l'ablation du maxillaire. Quant à la déformation secondaire dont parle M. Delorme, elle ne se produira pas : à cet égard, mon expérience est faite.

Eléments microbiens du sarcôme.

M. MOTY (de Toulouse) fait une courte et un peu confuse communication sur ce sujet.

Brancard.

M. DESPRÈS (de Saint-Quentin) décrit et présente un nouveau brancard pour transport facile des blessés.

Erratum.

Dans notre dernier numéro, lire dans la réponse de M. Bazy : « *opération de Poncet, Mac-Guire* » au lieu de « *opération de Poncet, Poggy* » et, dans la réponse de M. Segond, lire : « *travail de Rohmer* » au lieu de « *travail de Robert* ».

PIERRE SEBILEAU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 novembre.

Election d'un membre titulaire.

Votants : 74. — Majorité : 38.

MM. Lucas-Championnière	66 voix (*élu*)
Delorme	3 —
Delens	2 —
Pozzi	2 —
Bulletin blanc	1 —

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 novembre.

Influence de la respiration sur la circulation veineuse des membres.

M. GLEY, au nom de M. Wertheimer (de Lille), dépose une note dans laquelle sont relatées des expériences démontrant que, chez le chien, la circulation veineuse est favorisée et accélérée par l'inspiration, aussi bien pour les régions sous-diaphragmatiques que pour les régions sus-diaphragmatiques du corps. Cependant, la section des deux nerfs pneumogastriques détermine des phénomènes respiratoires qui montrent l'influence du diaphragme sur la circulation de retour des membres inférieurs.

Du son fourni par la percussion du thorax.

M. CASTEX. — Lorqu'on percute le thorax, il se produit deux sons superposés, non harmoniques et dès lors complètement indépendants. L'un de ces sons est le fait des parties osseuses au niveau du point que l'on percute; l'autre est dû aux vibrations de la masse gazeuse contenue dans le poumon. Quant au parenchyme pulmonaire, au lieu d'émettre des sons, il assourdit plutôt ceux qui se produisent. Les parties sous-cutanées du thorax exercent à peu près la même action. Il s'ensuit que la façon dont on percute peut contribuer en grande partie à faire prédominer le son produit par l'air du poumon ou bien le son produit par les arcs costaux, et dans les deux cas donner lieu à des modifications non pathologiques de la percussion.

De la résistance du canard à l'asphyxie.

M. RICHET a déjà démontré la résistance du canard à l'asphyxie. Cet animal résiste neuf minutes quand on le plonge dans l'eau. Il résiste moins longtemps quand on le saigne ; et si, avant de le plonger dans l'eau, on agit sur son nerf pneumogastrique par l'injection de 0 015 milligrammes d'atropine, l'animal ne résiste plus que pendant trois minutes au lieu de neuf.

Cependant, on ne peut, pour expliquer cette résistance du canard à l'asphyxie, mettre en cause la capacité respiratoire du sang de cet animal.

M. DASTRE dépose une note de M. Lefèvre (du Havre) qui démontre que la puissance thermogénétique est plus forte chez l'homme que chez le singe et n'est pas modifiée chez cet animal par la variation de la température extérieure. J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 novembre.

Appendicite compliquée d'infection hépatique et pathogénie des abcès aréolaires du foie.

M. ACHARD. — J'ai vu, il y a quelque temps, un malade de 18 ans qui avait tous les symptômes d'une péritonite généralisée, prédominants surtout au niveau du foie. Là, il y avait une tuméfaction résistante et non fluctuante. Par une ponction exploratrice, on reconnut la présence dans cette tuméfaction de sang et de pus avec coli-bacilles purs. Je diagnostiquai une périhépatite en voie de suppuration, probablement d'origine appendiculaire.

Le malade mourut peu après, et l'autopsie fit voir des lésions de péritonite généralisée avec foyer gangréneux péricæcal ayant succédé à une perforation de l'appendice. De plus, de nombreux abcès aréolaires criblaient le foie, reconnaissant la veine porte comme point de départ. Les veines sus-hépatiques et les voies biliaires étaient respectées.

Cette autopsie montre une fois de plus l'existence d'abcès aréolaires, d'origine pyléphlébitique. Il ne faut d'ailleurs considérer les abcès du foie que comme une des formes que l'infection hépatique peut revêtir dans l'appendicite. On peut observer une pyléphlébite adhésive ou suppurée plus ou moins étendue : le tronc de la veine porte peut être pris en même temps que les branches intrahépatiques, celles-ci peuvent être seules atteintes; enfin la pyléphlébite se rencontre sur les veines de la région cæcale.

Bien plus, le foie, qui généralement sert de barrière à l'infection, peut dans certaines conditions laisser la phlébite envahir les veines sus-hépatiques, et l'infection s'étendre à la rate, au poumon, etc.

Les lésions de la région iléo-cæcale, qui constituent l'origine de l'infection, consistent d'ordinaire en une appendicite avec perforation et pérityphlite purulente ou gangréneuse. Néanmoins des ulcérations, avec ou sans adhérences de l'appendice, sont capables de donner naissance à des abcès du foie. Il n'y a pas de rapport déterminé entre les lésions intestinales et les complications hépatiques, au point de vue de leur gravité réciproque.

Il faut donc reconnaître le plus tôt possible les foyers infectieux de la région iléo-cæcale pour s'efforcer de les faire disparaître au plus vite; c'est le seul moyen d'éviter les complications qui se pro-

duisent au niveau du foie, contre lesquelles la chirurgie elle-même ne peut rien.

M. Rendu. — La question de la pathogénie des abcès du foie est encore très controversée. Il est bien évident que quelques-uns trouvent leur raison d'être dans des lésions de l'appendice, mais pour moi, contrairement à ce que l'on pourrait supposer, les appendicites chroniques et très limitées me semblent surtout prédisposer aux abcès hépatiques.

M. Hanot. — J'ai vu trois malades ayant des abcès aréolaires du foie, sans que j'aie pu rencontrer chez eux la moindre trace d'appendicite.

M. Chauffard. — Il faut reconnaître aux abcès du foie différentes origines. Les uns dépendent bien certainement d'une appendicite, mais d'autres ont sûrement une pathogénie d'un tout autre ordre, comme le prouvent les observations que j'ai publiées.

Suppurations post-typhiques.

M. Chauffard. — Sur 25 cas de fièvre typhoïde observés cette année-ci dans mon service de l'hôpital Laennec, il s'est présenté 12 fois des abcès, ce qui donne un pourcentage de 48 0/0. De ces douze cas, six étaient des abcès furonculeux, superficiels, sans gravité ; les six autres étaient des abcès graves et profonds.

Ces douze malades avaient pris plus de 90 bains. Des treize malades qui ne présentèrent pas d'abcès, un seul avait atteint ce chiffre de bains, tous les autres étaient restés en dessous.

On pourrait donc admettre, d'après ces faits, que la fréquence des suppurations, observées au cours de la fièvre typhoïde, est en raison directe du nombre des bains pris par le malade. La raison de cette remarque serait non seulement dans le fait que le grand nombre des bains est en rapport avec la violence de l'infection, mais surtout dans les crevasses, les gerçures et toutes les lésions superficielles des téguments que l'on observe chez les sujets auxquels on a dû faire subir une balnéation intense. Il va de soi que toutes ces lésions de l'épiderme sont autant de portes d'entrée ouvertes aux micro-organismes de la suppuration.

Nous avons observé, chez cinq de nos malades, le staphylocoque doré. Or, c'est le même microbe que M. Chantemesse a décelé à l'état virulent dans l'eau des baignoires, avant qu'on y eût plongé les typhiques.

Conclusion : les suppurations au cours de la fièvre typhoïde sembleraient donc dues à des agents venus du dehors et non au bacille d'Eberth. Comment expliquer cette grande fréquence d'abcès d'origine exogène? Plusieurs causes semblent entrer en jeu : salles de malades, ni lessivées, ni repeintes depuis plus de quinze ans ; eau de Seine dans les baignoires ; enfin et peut-être transport et inoculation d'un malade à l'autre par les infirmiers.

A l'avenir, il importera donc de baigner autant que possible les typhiques avec de l'eau de source, ou tout au moins de l'eau préalablement bouillie ou naphtolée. Il conviendra, en outre, de recouvrir les excoriations des typhiques avec un enduit antiseptique. Les infirmiers affectés au transport devront enfin toujours avoir les mains dans un état de propreté absolue.

M. Fernet. — On emploie très souvent dans les hôpitaux la même baignoire pour plusieurs malades et c'est là une condition de propagation évidente des microbes de la suppuration. En était-il ainsi dans le service de M. Chauffard?

M. Achard. — Je suis de l'avis de M. Fernet et voici la preuve de cette opinion : dans mon service, où tous les typhiques sont traités par la méthode de Brand, les femmes ont des baignoires distinctes. Or, jamais elles n'ont présenté d'abcès. Dans les salles d'hommes, au contraire, il y a d'un côté une seule baignoire pour plusieurs malades ; de l'autre, une baignoire distincte pour chaque malade. Les premiers malades, seuls, ont présenté des suppurations du tégument et je dois ajouter que tous les malades, hommes ou femmes, étaient baignés à l'eau de Seine.

M. Chauffard. — On ne doit pas incriminer l'usage de la baignoire, puisque, dans mon service, chaque malade avait sa baignoire au pied de son lit et ne servant qu'à lui.

M. Legendre. — Mes propres observations me conduisent à partager l'interprétation pathogénique invoquée par M. Chauffard.

La balnéation ramollit l'épiderme, favorise son excoriation et, par suite, facilite l'entrée des germes infectieux. J'ai pu, dans certains cas, couper court à la production des suppurations en suspendant tout simplement les bains.

Il est vrai qu'on peut se pourvoir contre le danger de l'eau par l'emploi d'eau bouillie ou d'eau naphtolée. Mais le naphtol est défectueux parce qu'il donne un frisson désagréable au malade et oblige à raccourcir la durée du bain. Il serait bon de le remplacer par un autre antiseptique, l'acide borique, par exemple.

M. Rendu. — On néglige un peu trop la contamination des typhiques par les draps de lit. L'épiderme des malades est exfolié par le bain et, après le bain, on comprend que dans le lit le malade puisse s'inoculer. Le fait paraît être d'autant plus probable que, chez les malades de la ville où les draps sont changés beaucoup plus souvent qu'à l'hôpital, les suppurations sont moins fréquentes.

M. Chauffard. — Il est possible que les draps de lit soient une cause de contamination. Mais les malades seuls qui ont eu un premier abcès sont susceptibles de s'inoculer par l'intermédiaire de leurs draps.

Il faut donc rechercher ailleurs la cause de la suppuration.

Goître expérimental par injections sous-cutanées de liquide thyroïdien.

MM. Ballet et Enriquez communiquent l'observation qu'ils ont faite au cours d'expériences sur l'hyperthyroïdisation.

Il s'agit d'un chien hyperthyroïdisé, depuis un mois, à l'aide d'injections sous-cutanées d'extrait glycériné de glande thyroïde de mouton. Ce chien a subi depuis le 17 octobre deux séries d'injections séparées par un repos d'une semaine.

La première série d'injections a duré quatorze jours. Les premiers jours on a injecté quotidiennement quatre centimètres cubes d'extrait ; la dose a été élevée progressivement les jours suivants pour atteindre quinze centimètres cubes les derniers jours. Pendant ces quatorze jours, l'animal a reçu en tout quatre-vingt-six centimètres cubes d'extrait. Il a présenté, pendant ce temps-là, les différents symptômes suivants : fièvre, tachycardie, mélæna, crises de tremblement, etc., etc. Les auteurs reviendront plus tard sur ces faits.

Mais, remarque plus importante, le chien a présenté, à la suite de ces injections, un gonflement notable du cou. Ce gonflement a commencé cinq jours après la première injection. Il était plus accentué sur le côté gauche du larynx. Trois jours plus tard, c'est-à-dire huit jours après le début de l'expérimentation, la tuméfaction diminuait du côté gauche pour augmenter du côté droit. Elle persista, en somme, tant que durèrent les injections de la première série.

En effet, du jour où l'on eut supprimé les injections, les différents symptômes (fièvre, diarrhée, etc., etc.) s'amendèrent et le volume du corps thyroïde diminua pour disparaître complètement au bout d'une semaine.

L'animal fut soumis à une nouvelle série d'injections. On put constater les mêmes symptômes que précédemment, accompagnant un gonflement très notable du cou. Ce gonflement n'a fait qu'augmenter depuis lors, et aujourd'hui, il forme une tuméfaction appréciable à la vue. Cette tuméfaction unilatérale siège à la place qu'occupe le lobe droit du corps thyroïde, intimement unie au larynx dont elle suit tous les mouvements. A la palpation, on constate de la lobulation, en même temps qu'il se produit un peu de douleur. Il n'y a pas de mouvement d'expansion, ni de bruit de souffle à l'auscultation.

On se trouve bien certainement en présence d'un goître expérimental provoqué par les injections sous-cutanées de liquide thyroïdien. J. P.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 15 novembre. — Présidence de M. BESNIER.

Eruption zostériforme chez une syphilitique.

M. L. JULLIEN. — J'ai l'honneur de vous présenter une femme de 20 ans, servante de cabaret, alcoolique et dyspeptique, qui en juin dernier fut atteinte d'une syphilis précocement grave, caractérisée par une éruption confluente de grosses papules, et un véritable frambœsia de la bouche avec de gros condylômes des gencives et de la face dorsale de la langue. Plus tard, elle devait souffrir d'une iritis dont elle n'est pas encore complètement guérie.

Elle était à peine entrée dans mon service, en août, qu'une éruption, précédée de violentes douleurs dans le côté gauche, se manifesta sur le territoire de la branche thoracique externe du deuxième nerf intercostal, lequel, comme on sait, envoie un rameau important d'anastomose à l'accessoire du brachial cutané interne (*nervus cutaneus brachii internus posterior superior* de Valentin). Les éléments érythémato-papuleux, nappiformes en certains points, s'étendaient en traînées de l'épitrochlée à l'aisselle, et de l'aisselle descendaient à travers le sein jusqu'à la ligne médiane qu'ils suivaient dans l'étendue de dix à douze centimètres sans jamais la dépasser.

Cette dermatose rentre dans la classe des éruptions zostériformes, bien distinctes, étiologiquement du moins, du zona, que l'on a la plus grande tendance à considérer, depuis les travaux de Landouzy et Tommasoli, comme une maladie générale infectieuse, dont la lésion cutanée n'est que la manifestation extérieure (Babinski); mais elle n'en dépend pas moins, indubitablement, d'une lésion nerveuse, névrite propagée, et résulte d'une inflammation transmise par continuité de tissu d'un rameau nerveux aux éléments cutanés.

Rejetant les causes émotives et la possibilité d'une compression par périostose, aussi bien que les névrites d'origine mercurielle, encore bien hypothétique, alcoolique ou dyspeptique, je crois que ce cas peut être considéré comme ressortissant à la classe de ces zonas observés au début des maladies infectieuses et dont Letulle a publié quelques observations propres à prouver l'évolution de germes pathogènes capables de troubler la nutrition des éléments nerveux. Besnier a déjà fait remarquer la fréquence du zona chez les syphilitiques, se demandant si, dans une certaine mesure, la syphilis ne pourrait pas être incriminée comme cause d'irritation nerveuse. L'observation que je viens de présenter me semble justifier complètement cette interprétation.

Dermatose post-vaccinale en placards simulant l'urticaire pigmentée.

M. J. DARIER. — L'enfant de 22 mois, que je présente, est resté parfaitement sain jusqu'en novembre 1893, époque à laquelle on le vaccina avec du vaccin de génisse, sans prendre toutes les précautions de rigueur. Au 10 ou 12e jour, apparut autour de l'une des pustules une zône rouge, squameuse et infiltrée, qui grandit et persista; d'autres placards, en grand nombre, se développèrent en trois mois sur les membres et le tronc. Ces placards sont d'un rose brunâtre, nettement limités, très infiltrés et indurés, à bords saillants, à surface squameuse, ils sont fortement prurigineux. Par moments se produisent des poussées; les placards se tuméfient et suintent. Eliminant les hypothèses de psoriaris, lichen, syphilide, lupus ou lépride, on pouvait se croire en présence d'urticaire pigmentée. La desquamation des placards et l'absence de dermographisme devaient faire hésiter. L'examen histologique d'un lambeau excisé montra les lésions d'une dermite chronique intense, sans mastzellen, avec vacuolisation et eczématisation aigue sur certains points. Il s'agit donc d'un eczéma chronique en placards, forme très rare chez l'enfant, durant depuis un an et consécutif à la vaccine. On peut se demander si l'eczéma a été réveillé chez un prédisposé ou s'il n'y a pas eu plutôt vaccination simultanée de quelque chose ayant produit l'eczéma.

Nævus en traînée linéaire.

MM. H. HALLOPEAU et JEANSELME présentent un nouveau cas de nævus en traînée linéaire. Il est remarquable par sa grande étendue, car il part du pied pour remonter jusqu'à la région fessière. Il correspond dans la plus grande partie de son trajet aux lignes qui, suivant Voigt, marquent les limites des territoires nerveux. Il offre la plupart des caractères objectifs du lichen de Wilson; il en diffère par l'absence de prurit, par la présence de lignes achromiques bordant la traînée de papules et par la chute des poils.

Zona anormal compliqué de gangrène massive.

MM. HALLOPEAU et LE DAMANY présentent une malade atteinte d'un zona anormal compliqué de gangrène massive. Ils formulent les conclusions suivantes : 1° le zona de la face peut s'accompagner d'une gangrène massive à progression excentrique intéressant le tissu cellulaire sous-cutané en même temps que la peau; 2° cette gangrène progressive doit être considérée comme une complication due à la propagation de ses générateurs, les microbes saprogènes, dans les tissus ambiants qui leur offrent un terrain favorable; 3° le zona peut donner lieu concurremment, par nécrose dermique, à des ulcérations qui tendent également à se propager excentriquement; il se produit alors un hourbillon semblable à celui du furoncle; 4° les éléments éruptifs peuvent rester complètement isolés; on cherche alors en vain les dentelures arrondies des surfaces ulcérées; 5° les douleurs spontanées peuvent faire entièrement défaut; 6° il peut survenir secondairement, sous l'influence de la toxémie gangréneuse, des éruptions vésiculeuses ou pustuleuses sur différentes parties de la surface cutanée.

Glossite syphilitique à leucoplasie lenticulaire.

M. MENDEL. — J'ai déjà présenté à la Société, au mois de juillet dernier, la malade que je lui ramène aujourd'hui.

Si je la présente de nouveau, c'est que la lésion linguale existe aujourd'hui dans toute son intensité, malgré un traitement spécifique persévérant (3 grammes d'iodure de potassium et 2 pilules de Dupuytren par jour), alors qu'elle semblait avoir cédé il y a cinq mois.

Le sillon médian de la langue, fort profond, est tapissé par des petits points blancs très abondants. De chaque côté de ce sillon, sur une muqueuse à peu près normale, on note la présence de nombreuses taches blanc-grisâtres, allongées ou arrondies, lenticulaires. Ces taches sont surélevées et semblent formées par la réunion de petites masses d'exsudations, au-dessous desquelles la muqueuse est grisâtre.

La langue semble épaissie à la malade, mais il y a peu de gêne. La lésion date de quinze ans; la syphilis de vingt ans.

Ichthyose familiale.

M. E. JEANSELME. — Bien que l'on connaisse des cas d'ichthyose familiale, la coexistence de cette malformation sur plusieurs membres d'une même famille n'est certainement pas fréquente. C'est ce qui m'engage à vous en présenter un nouvel exemple. Cette famille se compose de sept personnes, du père et de la mère indemnes de toute altération cutanée, et de cinq enfants dont quatre sont vivants. Parmi ceux-ci, l'aînée n'offre aucune maladie de la peau, mais vous pouvez vous assurer que les trois autres enfants sont atteints d'une ichthyose légère, mais évidente. Au dire de la mère, l'enfant qu'elle a perdu avait également de l'ichthyose.

Pseudo-éléphantiasis des bourses par lichénification.

M. GASTON présente un malade âgé de 45 ans atteint d'éléphantiasis du scrotum. Cette affection est la conséquence d'un prurit surtout localisé entre l'anus et les bourses, prurit survenu à la

suite d'un traumatisme violent, chez un arthritique alcoolique. Le prurit a commencé en 1888, le malade a été soumis à des traitements multiples qui n'ont amené, jusqu'à présent, aucune amélioration.

L'intérêt de ce cas réside dans ce fait qu'un prurit chronique accompagné de lésions de grattage a entraîné une lichénification totale du scrotum, simulant l'éléphantiasis.

Louis Wickham.

BIBLIOGRAPHIE

Les tricophyties humaines.

Par M. Sabouraud, interne des hôpitaux.

Chez Rueff (boulevard Saint-Germain, 106).

C'est un très bel ouvrage que vient de livrer au public médical M. Sabouraud. Ses recherches si originales, qui ont abouti à une conception toute nouvelle de la tricophytie, ont été à plusieurs reprises l'objet de communications à la Société de Dermatologie, avant qu'il en fit le sujet d'une thèse qui restera comme une des plus importantes de ces dernières années.

Aujourd'hui, M. Sabouraud donne à son œuvre la forme définitive sous laquelle il la présente au lecteur. Cet ouvrage magnifiquement édité est divisé en deux volumes, dont l'un reste l'exposé de ses recherches et des conclusions qu'il en a tirées, pendant que l'autre donne au lecteur la reproduction photographique des principales cultures et préparations microscopiques auxquelles l'auteur le renvoie dans le cours de sa description.

Ce dernier volume n'est pas seulement un atlas. M. Sabouraud expose entre chaque figure la technique qui a présidé à la réalisation des préparations typiques représentées, et donne sur chacune d'elles les explications complémentaires qui en rendent l'interprétation plus claire et plus complète. Nous n'insisterons pas sur l'excellence de cette démonstration à laquelle M. le Dr Doyen a prêté son concours, en se chargeant des reproductions photographiques dont tout le monde appréciera la rare perfection.

M. Sabouraud fait précéder son premier volume d'une très intéressante préface dans laquelle il s'efforce de dégager la philosophie de son œuvre : si l'on excepte les états morbides qui se déclarent sous l'influence de traumatismes mécaniques, physiques ou chimiques, et ceux qui sont sous la dépendance de malformations congénitales ou de déchéances organiques héréditaires, il faut reconnaître que toutes les maladies n'ont d'autre cause pathogénique que le parasitisme dans le sens le plus large du mot. Qu'il s'adresse au règne animal ou végétal, qu'il soit représenté par un helminthe, un rhizopode ou une bactérie, le parasite est toujours l'agent pathogène. Le parasitisme, qui embrasse ainsi presque toute la pathologie, n'a pas joui, au moins jusqu'à ces derniers temps, d'une conception assez large. Les découvertes de Pasteur ont ouvert ce que M. Sabouraud appelle l'ère bactériologique du parasitisme, mais la bactériologie n'est qu'un côté spécial du parasitisme, et le tort a été de lui laisser envahir exclusivement la pathologie générale. Son domaine n'est-il pas réduit chaque jour par l'extension que prennent à leur tour la microzoologie et la mycologie parasitaire ?

Cette dernière branche s'enrichira sans doute de plus en plus quand les médecins et les botanistes auront joint leurs efforts.

L'importance du parasitisme sous toutes ses formes, en opposition avec la bactériologie proprement dite qui n'en est qu'un des modes : voilà, en résumé, la thèse soutenue ingénieusement dans sa préface par l'auteur. Il invoque en dernier lieu les théories Darwinistes de la lutte pour la vie, pour montrer que le parasitisme n'est, en somme, qu'une des formules naturelles de cette loi, cause première de toutes nos maladies.

L'analyse que nous pourrions donner ici du contenu de ce volume n'en rendrait qu'une idée trop imparfaite. Disons seulement que M. Sabouraud a particulièrement étudié la question de la dualité des tondantes et celle de la pluralité des tricophytons.

L'auteur prouve qu'il faut admettre désormais deux tondantes : la tondante tricophytique et la tondante spéciale de Grüby, si bien décrite par cet auteur en 1843 sous le nom de microsporum Audonini.

La culture de ces deux tondantes, aussi bien que leur comparaison microscopique et clinique, ne laisse aucun doute sur leur individualité. La tondante à petites spores de Grüby est, en résumé, la plus contagieuse, la plus fréquente et la plus rebelle.

On a donc confondu longtemps, dans un même tableau, deux maladies différentes, de même qu'on a confondu longtemps entre elle, la teigne tricophytique et la teigne faveuse.

Mais ce n'est pas tout, les cultures, l'examen microscopique, clinique et botanique ont encore permis à M. Sabouraud d'établir la pluralité tricophytique, c'est-à-dire que la tricophytie de tous sièges (herpès circiné, tricophytie de la barbe, tricophytie des ongles) peut être causée par des parasites d'espèces distinctes et cependant de même famille botanique.

M. Sabouraud a donné, dans un excellent style, un exposé simple et lumineux de tous ces faits ; aussi, en dépit de la spécialité du sujet qu'il traite, ce livre, d'une lecture si attachante, sera-t-il entre toutes les mains.

La variole.

Par le Dr Grandmaison, ancien interne des hôpitaux.

Chez Rueff (boulevard Saint-Germain, 106).

M. Grandmaison vient d'écrire une excellente monographie de la variole. Tout ce qui touche à l'étiologie, à la nature de cette affection, aux travaux bactériologiques qu'elle a inspirés, est exposé très complètement, et nous donne à ce sujet l'état des recherches les plus récentes. Son évolution clinique est tracée d'une façon saisissante, et l'on trouvera au chapitre des formes et des complications une division et un classement très rationnels qui faciliteront singulièrement l'étude d'une maladie aux expressions symptomatiques si complexes et si variables.

Les praticiens apprécieront particulièrement les pages du livre où l'auteur passe en revue les différents traitements préventifs et curatifs employés jusqu'à ce jour, en graduant savamment l'importance et en réglant l'opportunité de chacun d'eux.

M. Grandmaison termine son livre par le chapitre de la prophylaxie de la variole. Il y expose très exactement la réglementation qui régit à l'heure actuelle nos différents services d'isolement et les desiderata qu'il y formule dénotent une compétence particulière dans la question qu'il traite.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Facultés.

actes du 26 novembre au 1er décembre 1894

Examens.

Lundi 26 novembre. — 2e Oral (2e partie) : MM. Gley, Retterer, Poirier. — 3e (2e partie) : MM. Straus, Letulle, Gaucher. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Delbet, Lejars. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Chauffard, Déjerine.

Mardi 27 novembre. — 3e Oral (1re partie) : MM. Guyon, Maygrier, Albarran. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Marfan, Hallopeau. — 3e définitif (Officiat), Charité : MM. Proust, Tarnier, Nélaton. — 5e (2e partie), Charité : MM. Cornil, Raymond, Ballet.

Mercredi 28 novembre. — *Médecine opératoire* : MM. Farabeuf, Jalaguier, Sebileau. — 2e (2e partie) : MM. Pouchet, Gley, Retterer. — 3e Oral (1re partie) : MM. Terrier, Delbet, Varnier.

Jeudi 29 novembre. — *Médecine opératoire* : MM. Guyon, Albarran, Poirier. — 3e Oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Brun, Bar.

Vendredi 30 novembre. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Retterer, Sebileau. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Ricard, Jalaguier.

— 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Straus, Letulle. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Tuffier, Varnier.

Samedi 1er décembre. — 2e (2e partie) : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Marie. — 5e (1re partie), Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Panas, Duplay, Schwartz. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Debove, Joffroy, Gilbert. — 5e (1re partie), Obstétrique. Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses.

Jeudi 29 novembre, à 9 heures. — *M. Chauvière*: Contribution à l'étude de la forme juvénile du xanthôme. — A 1 heure. *M. Laricq* : Du traitement des suppurations mastoïdiennes. — *M. Hochet* : Contribution à l'étude des kystes synoviaux articulaires du poignet. — *M. Ziciinski* : De la métrite considérée comme cause d'avortement.

LE CONCOURS D'AGRÉGATION DEVANT LE CONSEIL D'ÉTAT

Le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, sous la présidence de M. Laferrière, a rejeté le pourvoi formé contre le concours d'agrégation de médecine de 1892, et validé les opérations de ce concours.

Le Conseil d'Etat constate qu'il n'a été procédé, le premier jour, à aucun acte de concours ; que c'est seulement le lendemain, le jury étant au complet, que le concours a commencé ; et que, dans ces circonstances, les faits allégués dans le recours ne constituent pas une infraction de nature à vicier les opérations auxquelles il a été procédé.

CONGÉS

Des congés sont accordés, sur leur demande, à M. G. Sée, professeur de clinique médicale et à M. Richet, professeur de physiologie.

M. Gley, agrégé, est chargé d'un cours de physiologie.

M. le Dr Sabouraud est nommé chef du laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Darier, démissionnaire.

Hôpitaux.

HENRI GROSJEAN

Mercredi dernier, quelques amis faisaient cortège à la dépouille mortelle d'Henri Grosjean, étudiant en médecine, externe dans le service de M. Quénu, à l'hôpital Cochin. Notre malheureux ami venait d'être emporté, dans des conditions dramatiques, par un mal si rapide et si cruel que la plupart de ceux qui, chaque jour, le voyaient à l'hôpital, avaient appris sa mort en même temps que sa maladie.

Grosjean était un étudiant instruit et laborieux, très attentif à ses études et très fidèle à tous ses devoirs hospitaliers. Chacun l'aimait pour ce qu'il y avait en lui de bonne grâce, d'aimable gaieté et de belles manières.

C'était un esprit délicat, dont la causerie, toujours fine, était très attachante. Il se montrait affectueux à tous ses amis, patient, doux et compatissant à tous les malades qu'il soignait. Il est mort au moment où, sans doute, il allait bientôt cueillir le fruit de son travail et de ses efforts : le titre d'interne des hôpitaux. Ses maîtres et ses amis ont en beaucoup de chagrin. Il avait vingt-quatre ans.

P. S.

LE STAGE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Les élèves appelés à faire leur stage dans les services désignés par la Faculté viennent de recevoir la lettre suivante :

M..., est prié de se rendre à la Faculté (petit amphithéâtre), le samedi 17 novembre 1894, à 10 heures précises, pour choisir le service dans lequel il désire faire le stage.

M..., devra se présenter le 1er décembre 1894, à 9 heures précises du matin, et *sans nouvel avis*, à l'hôpital auquel appartient le service où il sera attaché en qualité de stagiaire.

Règlement relatif au classement des stagiaires. — Les stagiaires seront répartis par année (art. 3 et 9 du décret du 20 novembre 1893) et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec ; pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions.

Les élèves en cours irrégulier d'études seront classés les derniers.

C'est dans le même ordre que les stagiaires seront appelés à choisir les services dans lesquels ils désireront faire le stage.

Une lettre de convocation individuelle leur sera adressée à cet effet.

Aucune exception à cette règle ne sera admise.

Les titulaires d'enseignement devront s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement.

Le choix des services aura lieu dans la première quinzaine de novembre, pour le trimestre de décembre à février inclus; et dans la première quinzaine de février, pour le trimestre de mars à mi-juin.

Les listes des stagiaires seront arrêtées les 15 novembre et 15 février, pour être immédiatement transmises au directeur de l'Assistance publique.

Ceux qui n'y seraient pas inscrits ne pourraient pas prendre d'inscriptions.

L'inscription de janvier sera délivrée au stagiaire qui aura été régulièrement inscrit et classé ; l'inscription d'avril, d'après les notes du professeur pour le trimestre de décembre à février inclus ; l'inscription de juillet, d'après les notes du professeur pour le trimestre de mars à mi-juin.

L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin, le stage commencera irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

MUTATIONS DANS LES HOPITAUX (MÉDECINS)

Au 1er janvier auront lieu les passages suivants :

Hôtel-Dieu, MM. Audhoui, Straus. — *Charité*, MM. Labadie-Lagrave et Moutard-Martin. — *Cochin*, M. Chauffard. — *Enfants-Malades*, M. Moizard. — *Trousseau*, MM. Comby et Josias. — *Saint-Louis*, M. Danlos. — *Salpêtrière*, M. Déjerine. — *Pitié*, MM. Muselier, Netter et A. Petit. — *Maternité*, M. Charrin. — *Bicêtre*, M. Marie. — *Laënnec*, M. Merklen. — *Broussais*, M. Babinski. — *Saint-Antoine*, M. Siredey. — *Tenon*, MM. Galliard et Richardière. — *Bastion 29*, M. Chantemesse. — *Ménages*, M. Delpeuch. — *Debrousse*, M. Thibierge. — *Sainte-Périne*, M. Mathieu. — *Aubervilliers*, M. Lermoyez.

Ecoles d'enseignement.

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE (XIXe ANNÉE 1894-95)

L'ouverture de ces cours a eu lieu le lundi 5 novembre 1894 : rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.

Anthropologie préhistorique. M. Gabriel de Mortillet, professeur, le lundi, à 4 heures. Programme : Problèmes de la paléthnologie et de l'histoire. Sépultures. Tumulus. Camps. Souterrains-refuges.

Ethnographie et linguistique. M. André Lefèvre, professeur, mardi, à 4 heures. Programme : Les Indo-Européens du Nord (Gaulois, Germains, Slaves). Origines et croyances.

Ethnologie. M. Georges Hervé, professeur, le mardi, à 5 heures. Programme : Les populations de la France (suite). Les Ligures et les Celtes.

Anthropologie biologique. M. J.-V. Laborde, professeur, le mercredi, à 4 heures. Programme : Les sensations et les organes des sens. Evolution organique et fonctionnelle. Rôle physiologique et anthropologique (suite). Les organes des sens considérés en particulier et dans leurs relations avec les fonctions intellectuelles et instinctives : le sens de l'olfaction et le bulbe olfactif. Le sens du goût et la gustation.

Anthropologie zoologique. M. P.-G. Mahoudeau, professeur, le mercredi, à 5 heures. Programme : Anatomie comparée de l'homme et des Anthropoïdes.

Géographie médicale. M. Arthur Bordier, professeur, le vendredi, à 4 heures. Programme : Action générale des milieux : le milieu extérieur.

Anthropologie physiologique. M. L. Manouvrier, professeur, le vendredi, à 5 heures. Programme : L'expression émotionnelle des sentiments.

Sociologie (histoire des civilisations). M. Charles Letourneau, professeur, le samedi, à 4 heures. Programme : Evolution et ethnographie du commerce dans les différentes races.

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 48 — 1er Décembre 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**
Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Traitement du pied bot congénital chez le nouveau-né et les jeunes enfants.

Par P. Redard, chirurgien du Dispensaire Furtado-Heine.

Nous désirons attirer l'attention, dans cet article, sur le meilleur traitement pratique qui convient au pied bot congénital observé chez le nouveau-né ou chez l'enfant qui n'a pas marché. Un grand nombre de méthodes et d'appareils ont été conseillés et cependant l'accord ne semble pas exister, même parmi les chirurgiens orthopédistes, sur quelques points importants de la cure de cette difformité. On discute encore sur l'époque à laquelle le traitement doit être commencé, on recommande des méthodes variées ne reposant pas sur les mêmes principes. Malgré quelques progrès incontestables, nous continuons à observer dans nos services hospitaliers des enfants qui, mal ou incomplètement traités au début, sont atteints de pieds bots invétérés difficiles à guérir.

Nous appuyant sur notre pratique, nous voulons démontrer que le pied bot congénital chez le nouveau-né et le très jeune enfant peut être *rapidement* guéri par un traitement inoffensif, simple, n'exigeant pas des appareils compliqués et, par conséquent, à la portée de tous les médecins. Il est parfaitement démontré pour nous, aujourd'hui, que si tous les pieds bots congénitaux étaient convenablement traités quelque temps après la naissance, on n'observerait plus ces formes de pied bot graves, chez des enfants d'un certain âge, qui nécessitent des interventions chirurgicales et de longs traitements.

Rappelons que la forme de pied bot congénital la plus commune est le pied bot varus congénital.

Les pieds bots valgus et équins congénitaux sont très rares et leur traitement diffère peu de celui du pied bot varus.

Le pied bot varus congénital est caractérisé par une triple déviation :

1° Élévation du talon qui s'écarte du sol (extension de l'arrière-pied) ;

2° Adduction de la plante du pied et des orteils, qui regardent en dedans, au lieu d'être dirigés en face ;

3° Flexion et élévation du bord interne du pied qui devient fortement concave et regarde plus ou moins en haut et en dedans, pendant que le bord externe devenu convexe touche en grande partie le sol, et sert d'unique point d'appui pendant la station et la marche.

Le pied bot varus congénital pur ou direct est extrêmement rare et l'on note dans presque tous les cas une tendance, plus ou moins prononcée, à l'équinisme (flexion plantaire).

Les degrés de la difformité sont très importants à considérer au point de vue du traitement.

Dans un *premier degré*, la difformité est peu marquée et *réductible* ; le chirurgien arrive à redresser le pied sans grands efforts et à abaisser assez complètement le pied pour corriger momentanément la déviation.

Dans un *deuxième degré*, le pied reste invariablement en adduction et en équinisme ; le talon ne peut être abaissé et la plante du pied ne repose pas sur le sol. Les efforts du chirurgien ne produisent qu'une très légère correction.

La résistance à la réduction, ainsi que nous l'apprend l'anatomie pathologique (Voir dans notre *Traité pratique d'Orthopédie*, p. 668 à p. 686), tient plus aux déformations osseuses, principalement de l'astragale et du calcanéum, qu'aux rétractions tendineuses ou aponévrotiques.

Dans un *troisième degré*, rare chez le nouveau-né ou l'enfant qui n'a pas marché, le bord externe du pied, fortement fléchi, fait avec la jambe un *angle aigu* ; la tête subluxée de l'astragale, le bord antérieur du calcanéum et le cuboïde se dessinent en fortes saillies sous la peau de la face externe du pied. Le pied est fortement enroulé sur lui-même. Il se forme au niveau de la région plantaire deux sillons : l'un longitudinal, l'autre oblique. Le premier est situé au niveau de la partie antérieure du pied, le second sur la partie postérieure.

Le pli vertical, observé sur le bord interne du pied, à l'union de la première avec la deuxième rangée des os du

tarse, et répondant à l'angle de flexion de l'avant-pied sur l'arrière-pied, est souvent très marqué. La peau au niveau de ces sillons participe à la rétraction des tissus fibreux plus profonds.

Dans les deuxièmes et troisièmes degrés, on note assez souvent une *rotation avec torsion* du tibia et du fémur en dedans, autour de leur axe vertical, la position en adduction du genou.

Le pied est en général plus petit, atrophié et raccourci; la jambe et même la cuisse sont atrophiées, principalement au niveau des muscles de la région externe.

NÉCESSITÉ DE LA CURE HATIVE DU PIED BOT CONGÉNITAL

Avec la majorité des orthopédistes (Voir *H.-A. Vilson. — At what age should the first treatment of congenital clubfoot be instituted? Transactions of the American Orthopedic Association*, sept. 1892), nous conseillons, quel que soit le degré de la difformité, *d'intervenir le plus tôt possible, dès les premiers jours après la naissance*. A moins de quelques rares contre-indications, tenant à l'état de faiblesse ou de débilité de l'enfant, nous commençons le traitement aussitôt que possible, en général vers le dixième jour après la naissance. Cette pratique, que nous avons adoptée depuis plusieurs années, est absolument exempte d'inconvénients; elle permet de guérir rapidement des pieds bots d'une certaine importance, elle empêche l'aggravation de la difformité. On peut affirmer que si tous les pieds bots congénitaux étaient traités hâtivement, on verrait disparaître complètement les cas de varus équins invétérés qui sont la conséquence de défaut de soins et surtout d'un traitement tardif.

Les arguments en faveur de la cure hâtive du pied bot congénital sont nombreux. Nous citerons les principaux.

Le jeune âge est le moment le plus favorable pour pratiquer le redressement. Chez le jeune enfant, les os sont cartilagineux, malléables, peu déformés, en subluxation légère, faciles à réduire et à placer dans leur position normale.

Les articulations du pied bot du jeune enfant, à l'inverse de celles du pied bot ancien, sont en général souples, faciles à mobiliser et à placer dans une position correcte. Les ankyloses du tarse et du métatarse ne se montrent et ne deviennent irréductibles qu'au bout d'un certain temps, sous l'influence des positions vicieuses prolongées et de la marche.

Les muscles, les tendons, les ligaments et autres tissus fibreux du pied se rétractent et s'épaississent avec l'âge. Ils cèdent facilement aux efforts de redressement pratiqués de bonne heure.

Bien que l'on observe souvent, au moment de la naissance, chez les sujets atteints de pieds bots varus, des rotations en dedans du fémur et du tibia, il est certain que le retard dans le traitement, les positions vicieuses non corrigées et la marche aggravent et produisent même ces importantes déformations à distance.

Le redressement hâtif du pied bot congénital a une influence très favorable sur le développement du pied et de tout le membre inférieur. Il permet d'éviter le raccourcissement et l'atrophie, les rotations en dedans du tibia et du fémur.

Les mensurations précises, les recherches de Quetelet, de Langer, de J. Wolff, en démontrant que le pied s'accroît très rapidement dans les premiers mois de la vie, indiquent que c'est à ce moment que l'on doit agir et que l'on peut le plus efficacement corriger les difformités de cet organe, rétablir sa forme normale et s'opposer aux aggravations.

LE TRAITEMENT VARIE SUIVANT LE DEGRÉ DE LA DIFFORMITÉ

Dans les cas légers, lorsque le pied bot est au *premier degré* et *réductible*, les manipulations et le massage, suivant les règles indiquées plus loin, donnent des guérisons rapides. Le soin des manipulations peut exceptionnellement être confié à des parents intelligents, mais le chirurgien surveillera toujours les résultats obtenus et pratiquera, tous les huit ou quinze jours, un *redressement forcé* plus ou moins important, suivant les cas.

On maintient le redressement au moyen d'un bandage roulé, bien appliqué et attentivement surveillé.

Les appareils simples en diachylon (L.-A. Sayre), les bottes en feutre, en gutta-percha, en cuir, en fer blanc, gardées jour et nuit, seront quelquefois utiles. Dans notre pratique, nous leur préférons le bandage roulé.

Dans le pied bot *au deuxième degré*, lorsque la résistance au redressement est peu importante, les manipulations avec contention dans un appareil léger conviennent encore souvent.

Les *manipulations*, décrites avec grand soin par Brückner et Meilet, jouent un rôle considérable dans le traitement du pied bot; elles doivent être faites suivant des règles précises que nous croyons utile d'indiquer.

Elles consistent dans des mouvements forcés du pied, exécutés par la main du chirurgien ou d'une autre personne, qui doivent tendre à porter le pied dans un sens contraire à celui de la difformité, à le placer dans sa position normale, à mobiliser les articulations, à assouplir les ligaments, les tendons et les aponévroses rétractés. Il faut bien se remettre en mémoire le mode de torsion des os les uns sur les autres, afin de faire exécuter à l'avant-pied un même trajet en sens contraire. Si un tendon ou un ligament offre plus de résistance, on dirigera surtout les efforts de ce côté (Mellet).

Ces manipulations qui doivent agir sur le varus et sur l'équin comprennent deux temps et deux positions différentes des mains du chirurgien. Elles doivent être faites de la façon suivante :

Soit un pied bot varus équin du côté gauche :

1° L'opérateur place sa main droite de manière à ce que la partie saillante du dos du pied se trouve appuyée contre le milieu de cette main un peu au-dessous du pouce qui pressera sur l'extrémité inférieure du tibia et sur l'astragale qu'il maintient fixe, tandis que les doigts entoureront le bas de la jambe (fig. 1).



Fig. 1

Cette main doit embrasser très exactement l'extrémité inférieure de la jambe, un peu au-dessous des malléoles, afin d'éviter tout mouvement de disjonction et de diastasis à ce niveau.

La main gauche saisit alors l'avant-pied, la concavité de la main formant une sorte de gouttière à sa partie interne, le pouce placé au-dessus (fig. 1) ou au-dessous de l'avant-pied.

Les mains ainsi placées, on combine un mouvement dans lequel la main gauche pousse fortement l'avant-pied en lui faisant exécuter une rotation sur la tête de l'astragale et en le portant en même temps en haut et en dehors, tandis que le pouce et la paume de la main droite appuient fortement sur la convexité du dos du pied et que les deux derniers doigts de cette main font effort sur la partie interne du calcanéum pour le porter en même temps en bas et en dehors.

Les mouvements de redressement se feront d'abord en dehors, puis en dehors et un peu en haut, puis tout-à-fait en haut dans le sens de la flexion et de l'extension du pied. Ils doivent tendre à corriger l'adduction de l'avant-pied sur l'arrière-pied et l'enroulement, à distendre les tendons, les ligaments et les aponévroses rétractés à la partie interne du pied.

2° Le deuxième temps a principalement pour but de corriger l'équinisme, il agit aussi sur l'enroulement du pied. La main droite étant placée comme précédemment, l'articulation tibio-tarsienne solidement maintenue, la paume de la main gauche est appuyée contre la face plantaire du pied dans toute son étendue. La main droite restant immobile, le chirurgien imprime d'abord, avec sa main gauche, un mouvement de rotation du pied de dedans en dehors, puis des mouvements étendus de flexion dans l'articulation tibio-tarsienne (fig. 2).

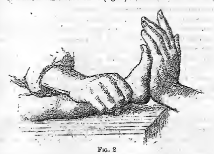


Fig. 2

Pour le pied droit, les mains de l'opérateur seront placées en sens inverse. Pour le pied bot valgus, une des mains du chirurgien occupera autour de l'articulation tibio-tarsienne la position indiquée plus haut, la concavité de l'autre main embrassant le bord externe du pied et imprimant à l'avant-pied des mouvements de redressement de dehors en dedans.

Ces manipulations sont exécutées avec des pressions graduelles sans trop de violence, pendant dix minutes environ, plusieurs fois par jour. Après ces manœuvres, le pied est maintenu dans la position redressée au moyen d'un bandage roulé.

On obtient par cette méthode bien appliquée des redressements parfaits au bout de six à huit semaines.

Si le pied bot est important, difficilement réductible, si le sujet ne peut se soumettre régulièrement à l'examen du chirurgien, s'il n'est pas bien surveillé par des parents soigneux et intelligents, la cure par les manipulations seule donne souvent des résultats imparfaits et demande un très long temps.

Pour remédier à ces inconvénients, nous avons adopté dans notre pratique, pour cette catégorie de cas, le *redressement forcé du pied bot congénital fait en une seule séance avec immobilisation consécutive sous un appareil rigide.*

Le redressement forcé sera pratiqué suivant les indications données plus haut pour les manipulations.

Les mains seront placées suivant les dispositions des figures 1 et 2. Immobilisant très soigneusement avec une main l'extrémité inférieure de la jambe et empêchant tout mouvement de diastasis des malléoles, on produit le redressement forcé de la difformité au moyen de pressions graduelles et assez violentes exercées avec l'autre main.

Dans le cas de pied varus gauche, avec le pouce de la main droite on exerce une pression énergique au niveau de l'astragale saillante et en subluxation, pendant qu'avec la main gauche, on ramène violemment l'avant-pied en dehors, agissant sur l'enroulement et sur les ligaments plantaires internes rétractés.

Dans un autre temps, on produit avec la main gauche appliquée sur la face plantaire du pied (fig. 2) des mouvements de flexion dans l'articulation tibio-tarsienne destinés à corriger l'équinisme.

Ces manœuvres qui doivent être exécutées avec énergie, mais avec une certaine prudence, s'accompagnent souvent de craquements indiquant la rupture de quelques parties fibreuses ou tendineuses. Elles doivent être rapidement pratiquées, pendant quelques minutes. Elles ne développent qu'une douleur passagère et n'ont jamais été suivies d'aucun accident dans nos très nombreuses observations.

Les ténotomies, qui sont un complément indispensable du traitement dans quelques cas, doivent être faites suivant des indications précises.

Si l'équinisme est très marqué, si le tendon d'Achille, fortement tendu, s'oppose au redressement forcé, nous pratiquons la *ténotomie* du tendon d'Achille. Le jeune âge du sujet n'est pas une contre-indication à cette opération faite avec toutes les précautions antiseptiques.

Nous avons pratiqué, sans accidents, de nombreuses ténotomies chez de très jeunes enfants, âgés de quelques mois. Dans les cas d'équins prononcés, la ténotomie donne une correction rapide et abrège notablement la durée du traitement. Les autres ténotomies et les aponévrotomies sont très rarement indiquées.

Après le redressement, avec ou sans ténotomie du tendon d'Achille, nous immobilisons le pied pendant quelque temps dans une position redressée au moyen d'un appareil rigide.

Le redressement immédiat, après la ténotomie et l'immobilisation sous un appareil rigide, ne présente aucun inconvénient. La petite plaie de la ténotomie, si elle est aseptique, se cicatrise sous la bande et le coton; l'écartement des deux bouts du tendon divisé se maintient bien.

L'appareil rigide, qui nous paraît le mieux convenir pour maintenir le pied après redressement chez les très jeunes enfants, est l'appareil silicaté ou mieux l'appareil fait avec de la magnésite et du silicate de potasse qui se solidifie assez rapidement.

Les appareils plâtrés, si utiles chez les enfants âgés et chez l'adulte, conviennent moins chez le jeune enfant. Ils sont lourds, difficiles à appliquer, exercent des pressions fâcheuses et maintiennent mal le redressement.

Les appareils rigides ont une grande supériorité sur les appareils à plaquette et sur les gouttières qui se déplacent, maintiennent mal le pied et sont souvent la cause de récidives.

Le redressement de la difformité étant obtenu par le procédé indiqué, nous entourons le pied, la jambe et le tiers inférieur de la cuisse d'une couche de coton non dégraissé, réparti très uniformément sur tous les points. Le talon, le bord interne du pied sont soigneusement recouverts. Quelques tours de bande de tarlatane humide fixent le coton. Une plaque de feutre blanc, épaisse d'un demi-centimètre environ, recouvre exactement la face plantaire du talon à l'extrémité des orteils et du bord externe au bord interne du pied. Au-dessus de ce feutre nous plaçons souvent une légère planche en bois, coupée suivant les contours de la face plantaire, qui a pour but de maintenir le pied bien étalé pendant l'application des bandes et de faciliter les pressions de redressement. Une languette de feutre blanc est aussi placée au bord interne du pied, afin d'atténuer les effets des pressions des bandes à ce niveau.

Ces précautions étant prises, on applique de bas en haut, et jusqu'au-dessus du genou, plusieurs couches de bandes de tarlatane imprégnées de silicate de potasse et de magnésite.

Par-dessus ces bandes, on en place d'autres de toile forte et rigide en serrant énergiquement et en produisant, au moyen de huit de chiffre, le renversement du pied en dehors et la flexion dorsale (J. Wolff). Au bout de quatre à six jours, l'appareil silicaté étant sec et dur, on enlève les bandes de toile et on vernit l'appareil. On obtient de cette façon une botte rigide légère, qui maintient bien le redressement sans pressions douloureuses et que les enfants supportent sans aucun inconvénient.

Ces appareils doivent rester en place pendant un mois à un mois et demi.

Si le redressement n'est pas suffisant, on pratique une nouvelle séance de redressement forcé, suivie d'application d'appareil silicaté.

En général, une seule séance de redressement forcé suffit; dans les cas de difformité très prononcée, deux à trois séances sont quelquefois nécessaires. Si, au sortir de l'appareil silicaté, le pied est souple, se redresse facilement, on recommande des manipulations bi-quotidiennes avec redressement au moyen d'un bandage roulé. On pourra aussi conseiller, comme moyen de contention, un soulier ouvert ou une guêtre souple légère, lacée, soutenue par deux montants, avec vis de pression pour éviter la récidive de l'équin.

Le traitement consécutif a une importance considérable, et on ne saurait trop insister sur la nécessité des massages, des manipulations, et dans quelques cas de l'électricité. On se servira avec avantage, dans quelques cas, de l'appareil à traction élastique, que nous avons recommandé pour le traitement consécutif du pied bot varus équin. (Voir *Gazette médicale*, 13 janv. 1894.)

Si, lorsque l'enfant commence à marcher, le pied se porte en dedans, en raison de la rotation interne du fémur et du tibia, on corrigera cette difformité au moyen d'une bande de traction prenant point d'appui en bas sur la guêtre contentive, en haut sur une ceinture abdominale.

Si les règles de traitement, que nous avons prescrites, sont régulièrement suivies, on obtient des cures rapides de pied bots importants au bout de 3 à 6 mois. Nous possédons un très grand nombre d'observations, dans lesquelles le redressement rapide du pied bot congénital a été obtenu par cette méthode. Nous n'avons jamais noté dans nos observations aucun accident; le membre immobilisé pendant quelques mois ne subit aucune atrophie. La forme et les fonctions des pieds bots congénitaux des jeunes enfants redressés par la force sont parfaites.

Nous n'avons jamais trouvé l'indication de pratiquer des opérations sanglantes (opération de Pheps, tarsectomies, etc., etc.), pour la cure du pied bot chez les jeunes enfants. Les moyens que nous avons indiqués nous ont toujours suffi. Nous dirons enfin que le redressement forcé avec les machines est exceptionnellement indiqué chez les *jeunes enfants* avant 5 à 8 ans. Le redressement manuel suffit presque toujours.

Nous repoussons absolument l'emploi des appareils orthopédiques compliqués employés comme *agents de redressement* de la difformité. Ils ne conviennent nullement chez les jeunes enfants, même chez ceux de 2 à 3 ans, chez lesquels le pied et la jambe sont assez développés. Ils produisent une immobilité fâcheuse du pied; empêchent le développement du pied, favorisent son atrophie et ne produisent que des redressements incomplets, obtenus péniblement au bout de plusieurs années.

Les principes, qui doivent diriger le chirurgien dans le traitement du pied bot varus équin congénital chez le nouveau-né ou chez l'enfant qui n'a pas encore marché, peuvent se résumer de la façon suivante :

Il faut traiter hâtivement cette difformité, corriger la déviation dès qu'elle est constatée, commencer en général la cure vers le 10e jour. On obtient de cette façon une guérison rapide, on évite le raccourcissement du pied et du membre inférieur, on empêche le mal de s'aggraver.

Le traitement varie suivant les degrés du pied bot.

Dans le premier degré, les massages et les manipulations faites suivant des règles précises, avec contention et redressement, après chaque séance, sous un bandage roulé, suffisent.

Dans quelques cas peu prononcés du deuxième degré on se contentera de ces moyens simples.

Dans la plupart des cas du deuxième degré et dans tous les cas du troisième degré, pour lesquels il existe des difficultés au redressement et de l'irréductibilité, on fera le *redressement manuel forcé* suivi d'une courte immobilisation, pendant un mois à deux mois, sous un appareil rigide au silicate de potasse maintenant bien la correction obtenue. Une seule séance de redressement forcé suffit en général; dans les cas de difformités prononcées, deux à trois séances sont nécessaires.

La ténotomie du tendon d'Achille ne sera faite que dans

quelques cas déterminés, lorsque l'équinisme est très prononcé et résiste aux efforts du redressement forcé. Elle peut être pratiquée chez de très jeunes enfants, même au premier mois après la naissance et suivie du redressement immédiat et de l'immobilisation du pied dans une bonne position sous un appareil rigide.

Les appareils orthopédiques, dits de redressement, présentent de nombreux inconvénients, ils échouent souvent, ils ne doivent être jamais employés.

Les opérations sanglantes, en dehors des ténotomies, ne doivent jamais être pratiquées.

On donnera tous ses soins au traitement consécutif, on pratiquera régulièrement des massages, des manipulations, de l'électricité, on surveillera le système musculaire du pied et du membre inférieur, on maintiendra le redressement obtenu au moyen d'appareils contentifs très simples.

DÉONTOLOGIE MÉDICALE

La pratique de la loi sur la déclaration des maladies épidémiques.

Dans les discussions auxquelles cette loi a donné prétexte, on s'est borné à invoquer, comme matière à difficultés d'exécution, les intérêts respectifs du médecin et du malade. La clientèle verra-t-elle d'un œil indifférent le médecin se transformer en dénonciateur auprès des autorités publiques? Se prêter à pareil office ne constitue-t-il pas, outre la violation du secret professionnel, quelque chose de honteux qui ravale notre profession à une sorte de fonction policière assez peu estimable? Si un nouveau-né est atteint d'ophtalmie, la déclaration de cette maladie équivaut parfois au certificat de blennorrhagie qu'on aurait délivré aux parents. Il est inutile que M. le maire et M. le sous-préfet soient renseignés sur le passé uréthral d'une famille.

Pour importants qu'ils soient, ces griefs à opposer à la pratique de la loi se groupent à côté d'un obstacle plus fâcheux encore. Outre le médecin et le client, il faut tenir compte d'un troisième facteur, irréconciliable celui-là avec les prescriptions édictées. Ce troisième facteur est tout simplement la maladie.

La scarlatine rentre, par exemple, dans la classe des fièvres éruptives dont la déclaration est obligatoire. Mais où commence la scarlatine?

Voici un enfant qui présente un léger exanthème par le corps. Il n'a pas de fièvre; joue, se promène, mange comme d'habitude. L'aspect de l'éruption, l'absence de symptômes généraux font de cette maladie un érythème scarlatinoïde. Le médecin ne s'en préoccupera pas et grand sera son étonnement lorsqu'il s'apercevra que cet érythème scarlatinoïde se répand par contagion et se transforme en scarlatine vraie.

La nomenclature des maladies épidémiques à signaler aux autorités ayant été dressée en dehors de la connaissance de ces faits, une petite réforme s'impose: à la scarlatine, on ajoutera la rubrique d'« érythèmes scarlatinoïdes épidémiques », de même qu'à la suite du choléra la commission a spécifié la déclaration des maladies cholériformes.

La scarlatine apyrétique est, en effet, très fréquente et tant qu'on la reléguera au rang d'érythème scarlatinoïde, il est à craindre qu'on ne parvienne à enrayer la marche d'une épidémie.

Et puis, il existe une autre difficulté qui en dépit des modifications apportées à la nomenclature, rendra à la peu près illusoires les avantages que la population retirera de l'application de la loi.

Si bénignes sont ces scarlatines apyrétiques que le médecin n'est pas appelé dans la plupart des cas. Les familles se refusant à voir, dans une indisposition toute passagère, les signes d'une infection qui risque de devenir un péril pour l'entourage; ces indispositions continueront d'être le fond infectieux qui alimentera l'épidémie.

Alors que faire?

Attendre du bon plaisir de la maladie qu'elle veuille bien nous débarrasser de sa présence. Pareille conclusion est peu encourageante. A Oyonnax, où l'attention, dont nous avons entouré l'application de la loi, n'a pas empêché le moins du monde l'extension de la scarlatine, cette conclusion est la seule à laquelle on ait droit de prétendre.

Biffer la scarlatine de la liste des maladies épidémiques à divulguer semble donc rationnel.

Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 novembre. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Traitement des polypes naso-pharyngiens.

L'intéressante discussion sur le traitement des polypes naso-pharyngiens s'est continuée dans cette dernière séance. Nos lecteurs en saisiront mieux l'intérêt si nous la mettons tout entière sous leurs yeux; nous rééditons donc les quelques dernières lignes de notre précédent procès-verbal.

M. Tuffier. — Je vous présente un malade à qui j'ai pratiqué, au mois de janvier dernier, pour un polype naso-pharyngien, une résection du maxillaire supérieur par le procédé de Nélaton. J'ai pratiqué extemporanément l'autoplastie, refaisant la voûte et le voile du palais avec un lambeau pris dans la joue. Le malade n'a pour ainsi dire pas de déformation apparente de la face; il parle parfaitement.

M. Berger. — C'est fort bien, mais cette autoplastie immédiate n'est guère possible que dans la résection du maxillaire appliquée au traitement des polypes naso-pharyngiens. Souvent, quand il s'agit de cancers, on enlève trop de parties molles pour pouvoir restaurer. En tout cas, ce qui est aujourd'hui bien certain, c'est qu'il est inutile d'avoir recours, après la résection du maxillaire supérieur, à l'application des appareils de prothèse.

M. Quénu. — Il y a quelques mois, j'ai présenté à mes collègues de la Société de chirurgie un malade à qui j'avais pratiqué la restauration immédiate du voile du palais après ablation, par la voie palatine, d'une tumeur naso-pharyngienne. A ce moment, mon ami Nélaton me fit remarquer que cette restauration immédiate m'empêcherait, peut-être, de surveiller la récidive. Or, ce malade, qui a fait l'objet de ma précédente communication, vient précisément de revenir dans mon service avec une récidive. En insinuant le doigt derrière le voile du palais, j'ai pu faire le diagnostic très facilement. Hier, mon assistant, M. Sebileau, a pratiqué chez cet homme la résection du maxillaire supérieur, en conservant, sur mon conseil, le plancher de l'orbite, méthode qui me paraît très avantageuse.

M. Delorme. — M. Tuffier a obtenu un très beau résultat; mais bientôt le maxillaire du côté sain subira des déformations qui altéreront la symétrie actuelle de la face.

M. Tuffier. — Le malade est opéré depuis le mois de janvier.

M. Berger. — Je ne crois pas qu'il y ait grand avantage, comme l'ont fait MM. Quénu et Sebileau, à conserver le plancher de l'orbite. En ne sectionnant pas l'os malaire trop en dehors, il reste une assez grande quantité de la paroi externe de l'orbite

pour que, même en employant le procédé classique de Nélaton, l'œil ne s'affaisse point dans la cavité creusée par l'ablation du maxillaire. Quant à la déformation secondaire dont parle M. Delorme, elle ne se produira pas : à cet égard, mon expérience est faite.

M. Kirmisson. — Je suis, comme M. Nélaton, opposé à la restauration immédiate après l'ablation des polypes naso-pharyngiens ; en laissant la brèche palatine ouverte, on peut surveiller la récidive ; cette fenêtre est utile. Puis, il y a un autre avantage à ne pas faire la réunion : on peut, dans le cas où le néoplasme réapparaît, le détruire par les méthodes lentes.

M. Quénu. — Que m'importe la fenêtre si j'ai, derrière le voile du palais, une porte assez large — et c'est ici le cas — pour voir ce qui se passe derrière ? La récidive, mais je la surveille aussi bien par derrière le voile qu'au travers de lui. Vous parlez maintenant de cure lente : c'est, à mon avis, une détestable méthode, et ce n'est pas pour l'appliquer que j'abandonnerai les restaurations immédiates.

M. Nélaton. — Le malade de mon ami Quénu a présenté une récidive de sa tumeur : je l'avais prédite il y a quelques mois. Non pas que j'aie sur cette affection des connaissances spéciales ; j'ai parlé seulement d'après ce que nous en ont appris nos ancêtres. Bref, il y a eu récidive, et, pour cette récidive, il a fallu faire une nouvelle et importante opération, la résection du maxillaire supérieur. Eh bien ! si M. Quénu n'avait pas pratiqué la restauration immédiate, il aurait vu la tumeur se développer, et il l'aurait arrêtée dans son évolution par l'un quelconque des nombreux moyens dont nous disposons : cela aurait été plus simple et aussi plus avantageux pour le malade. C'est ainsi que j'ai fait — sur le conseil de nos devanciers — pour un jeune sujet dont le polype naso-pharyngien, après ablation, récidiva ; par la brèche palatine, que je n'avais pas fermée, je pus attaquer le néoplasme dès son apparition nouvelle, et mon malade guérit facilement, sans nouvelle opération, par une série d'injections insterstitielles de chlorure de zinc.

M. Quénu. — Entendons-nous bien. D'abord, je tiens à répéter que par derrière le voile palatin l'on peut très bien, par le toucher digital, étudier la récidive. Reste donc votre second argument, la possibilité de la cure de cette récidive, dès qu'elle apparaît, par les méthodes lentes.

Sur ce point, voici mon avis. Il y a deux sortes de tumeurs naso-pharyngiennes : les bonnes, celles qui *ne récidivent pas*, les fibrômes, et les mauvaises, celles qui *récidivent*, les sarcômes. Pour les premières, le traitement par les méthodes lentes est acceptable ; pour les secondes, il constitue un très mauvais procédé.

En sorte que vous en arrivez à cet étrange résultat — puisque vous parlez du traitement de la récidive — de conserver la brèche palatine dans le but d'appliquer à une certaine variété de néoplasmes une thérapeutique qui ne leur convient pas le moins du monde. Mais il y a mieux et on peut prendre la question de plus haut. Entendez-vous parler de fibrôme ? Alors, la voie palatine est excellente. Entendez-vous parler de sarcôme ? Alors, cette voie palatine devient tout à fait insuffisante ; il faut s'ouvrir une large brèche et pratiquer la résection du maxillaire supérieur. Cela dit — et nous sommes, je crois, tous d'accord sur ce point — la conclusion qui s'impose est celle-ci : vous laissez le voile du palais ouvert pour qu'il vous soit possible d'enlever une tumeur qui se reproduit ; or, quand une tumeur est capable de se reproduire, l'opérer par la voie palatine est précisément une détestable méthode. Vous me direz que la distinction entre les sarcômes et les fibrômes n'est pas toujours facile à faire. Mais n'avons-nous pas l'âge du malade, le volume, l'évolution de la tumeur ? N'avons-nous pas surtout le microscope qui nous permet de porter un diagnostic ferme après l'examen d'un petit fragment arraché au néoplasme ?

M. Nélaton. — Vous me parlez d'histologie et de nature des tumeurs : je me déclare incompétent. Je ne vois que la clinique et ici je vous dis, fort de l'enseignement de nos pères : « Méfiez-vous ! » Quand un de mes malades est atteint d'un polype naso-pharyngien, j'ignore s'il est atteint d'un fibrôme ou bien d'un sarcôme ; je sais qu'il a un polype naso-pharyngien, que dans certains cas ce polype, une fois enlevé, repullule, qu'il repullule d'une façon spéciale, non pas suivant le mode du sarcôme, mais suivant un mode à lui, et qu'après une certaine période, quand le malade atteint 25 ans environ, la tumeur cesse de proliférer si on a pu, au début, modérer son allure. Et voilà pourquoi je pense qu'il vaut mieux ne pas faire de restauration immédiate. Quant à la voie qu'on doit choisir quand il s'agit d'opérer une tumeur naso-pharyngienne, ce n'est point affaire de nature du néoplasme ; c'est affaire d'appréciation clinique, affaire de volume ; petite tumeur, voie palatine ; grosse tumeur, voie faciale. En sorte que, pour moi, qui ne hase pas le genre de mon intervention sur la nature, — du reste difficile pour ne pas dire impossible à élucider, — de la tumeur, il est très important, dans les cas où j'opère par la bouche, de pouvoir surveiller la récidive. Et à M. Quénu qui prétend que la surveillance est aussi facile à exercer par derrière le voile qu'au travers de lui, je réponds : « Non, je ne suis bien certain qu'il y a quelqu'un dans la chambre à côté que si je vois ce quelqu'un par la porte ouverte ». Il y a quelques mois, M. Quénu triomphait : son résultat opératoire était très beau. Aujourd'hui, c'est moi qui ai la partie belle puisque la récidive que j'avais prédite est survenue. Et que M. Tuffier prenne garde aussi : son malade fera peut-être comme celui de M. Quénu.

M. Kirmisson. — J'ai un grand respect pour l'histologie et je la crois capable de rendre de grands services au chirurgien, mais en matière de polype naso-pharyngien peut-elle bien nous donner les renseignements suffisants qu'escompte M. Quénu pour son diagnostic opératoire ? Il y a quelques mois, lors de la discussion soulevée au sein de cette Société par le professeur Berger sur la transformation des tumeurs, M. Quénu ne défendait-il pas, comme moi, cette thèse que des fibrômes à évolution très lente étaient susceptibles, à un moment donné, de présenter, tout comme les sarcômes, une marche rapide ?

Ainsi donc, de ce que le microscope vous aurait permis d'affirmer l'existence d'un fibrôme naso-pharyngien, vous n'auriez pas le droit d'affirmer qu'un jour venu ce fibrôme n'évoluera pas comme un sarcôme ?

Aussi est-il bon de se tenir prêt à toute éventualité et de laisser la brèche palatine ouverte : elle seule vous permettra de suivre l'évolution ultérieure du néoplasme. Et, d'ailleurs, il faut s'entendre sur le sens de ce mot « surveiller la récidive ». Pour moi, cela ne signifie point seulement : diagnostiquer, par le toucher ou par la vue, une récidive plus ou moins lente à se produire ; cela veut dire aussi : « se tenir prêt à lutter contre cette récidive ; se tenir prêt à la détruire par un des différents procédés de cure lente », procédés excellents dont l'éloge n'est plus à faire. Je sais bien que souvent, quelquefois au moins, cette précaution sera inutile et que la guérison sera définitive ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et c'est toujours le pire qu'il faut prévoir.

M. Quénu. — Je tiens à bien poser la question. M. Nélaton fait des différentes variétés de traitement des polypes naso-pharyngiens une question de volume ; j'en fais, moi, une affaire de nature et, au fond, M. Kirmisson est de mon avis. Quoi qu'en dise donc mon ami Nélaton, il y a deux sortes de polypes naso-pharyngiens, les sarcômes et les fibrômes. Et il ne faut pas croire que ce soit là une simple raison d'âge du malade. M. Schwartz disait un jour : en général, plus un individu avance en âge, plus il a de chance d'avoir du fibrôme ; plus il est jeune, plus il a de chance d'avoir du sarcôme, exception faite pour les polypes naso-pharyngiens où il a d'autant plus de chance d'avoir du sarcôme qu'il devient plus adulte. Eh bien ! cette loi n'a rien d'absolu. J'ai opéré autrefois, en 1872, avec M. Alphonse Guérin, un jeune

homme de 17 ans, porteur d'une tumeur naso-pharyngienne qui récidiva très vite et dont il mourut en quelques temps. Je le répète : il y a, en dehors de toute considération d'âge, des fibrômes naso-pharyngiens et des sarcômes naso-pharyngiens. Pour les premiers, essayez, si bon vous semble, la cure lente : ce sont des tumeurs bénignes qui se laissent taquiner sans répondre. Pour les seconds, n'utilisez pas cette thérapeutique, car vous activeriez l'évolution du processus. Reste donc à les distinguer. Eh bien ! je crois, contrairement à M. Kirmisson, que l'histologie nous fournit, à cet égard, des renseignements précieux.

M. Kirmisson. — Je n'ai pas dit qu'elle ne fût pas utile au clinicien.

M. Quénu. — Donc, nous avons l'histologie. Nous avons aussi l'évolution de la tumeur, son volume, ses prolongements : les données cliniques ont certes leur importance et, du reste, elles se mettent d'accord avec les renseignements fournis par l'anatomie pathologique. Ainsi donc, nous pouvons être fixés d'une façon suffisamment précise sur la nature de néoplasme. Quand il s'agira d'un fibrôme, adoptez la voie que vous voudrez et la méthode que vous voudrez ; mais, quand il s'agira d'un sarcôme, réséquez la mâchoire. Cela vaudra mieux pour votre malade que de choisir la voie palatine et de laisser le voile du palais ouvert pour traiter la récidive, car nous savons tous ce que vant le traitement d'une récidive en général.

M. Tuffier. — La discussion s'égare : je n'ai pas voulu mettre en question le traitement des polypes naso-pharyngiens. J'ai seulement dit : Après l'ablation d'un polype naso-pharyngien quelle est la conduite à tenir ? Faut-il laisser la brèche ouverte ? Faut-il appliquer un appareil prothétique ? Faut-il faire la restauration immédiate ? Et j'ai montré un malade sur lequel on peut bien juger des avantages de cette dernière méthode. L'on m'objecte la possibilité de la récidive ; mais, voilà déjà dix mois que mon malade a été opéré.

M. Schwartz. — J'ai été moins absolu que le prétend M. Quénu et n'ai point affirmé que tous les polypes naso-pharyngiens des adultes fussent des sarcômes. J'ai seulement dit que plus un individu était jeune, plus il avait de chance d'avoir un fibrôme naso-pharyngien et que, plus il avançait en âge, plus il avait de chance d'avoir un sarcôme.

M. Lucas-Championnière. — Je crois, pour ma part, qu'il y a tout intérêt à faire la réparation immédiate du voile du palais. Comparaison n'est pas raison et dans l'espèce il n'est pas besoin que la porte soit ouverte pour qu'on puisse voir ce qu'il y a dans la pièce voisine. Au reste, je ne suis nullement opposé, contrairement à ce que pourrait faire croire ce que je viens de dire, aux méthodes de cure lente. Je les tiens, au contraire, pour excellentes, même quand il s'agit de grosses tumeurs. Mais quelles difficultés y a-t-il donc, s'il y a récidive, à fendre le voile du palais restauré pour appliquer ensuite cette méthode de la cure lente ? Aucune certainement. Quant aux services que peut ici nous rendre l'histologie, je les crois un peu maigres. Le polype naso-pharyngien constitue un type clinique à part qui tient ou du fibrôme, ou du sarcôme, quelquefois des deux, et il nous est impossible ordinairement de prévoir l'évolution ultérieure du processus.

Hématonéphrose intermittente.

M. Tuffier. — J'ai observé récemment un malade qui présentait le curieux syndrôme suivant : rétention de sang dans le bassinet, distension rénale, douleur. C'était un homme de 65 ans, vigoureux, qui, brutalement, fut pris un jour d'une hématurie qui persista pendant trois mois sans interruption quoique avec des accalmies. Du reste, aucun autre trouble de l'appareil urinaire ; seulement un peu d'endolorissement dans le flanc droit.

Pendant le repos de la nuit, les urines devenaient rosées et les douleurs augmentaient ; le matin, dès que le malade commençait à se mouvoir, les urines devenaient très rouges et les douleurs diminuaient. Mais, même quand elles étaient à peine teintées, le microscope y montrait toujours l'existence d'hématies. Jamais aucun caillot moulé dans l'uretère ne fut expulsé. Au bout de quelques mois, apparut dans le flanc droit une tuméfaction volumineuse, remplissant tout l'hypochondre, se prolongeant en haut sur les fausses côtes, ferme, rénitente, arrondie, qui augmentait de volume quand l'hématurie diminuait et inversement.

J'opérai le malade par la voie lombaire. Devant une capsule un peu sclérosée, mais très vasculaire, je trouvai un rein qu'il me fut facile de décortiquer jusqu'au hile ; là, du côté du bassinet, je sentis une tuméfaction irrégulière. J'isolai donc la glande, très violacée et qui me parut très nettement fluctuante ; la fluctuation était même si nette que je jugeai la coque rénale, qui me séparait du liquide, très mince. J'incisai cette coque sur le bord convexe et il jaillit alors une telle quantité de sang que je crus avoir blessé une grosse veine rénale et que je saisis entre les doigts le pédicule vasculaire du rein ; mais bientôt, ayant lâché ce pédicule, je fus surpris de voir l'hémorrhagie s'arrêter. J'avais donc simplement ouvert une poche remplie de sang. Alors, tranquillisé, je libérai les deux extrémités du rein et en pratiquai l'extirpation sans difficultés.

Voici quelle était la disposition anatomique des lésions. Un néoplasme siégeait au niveau de la jonction du bassinet et du hile du rein et pénétrait dans le bassinet ; les calices étaient dilatés, mais sains ; ce néoplasme était un épithélioma comme l'a démontré l'examen microscopique.

La guérison opératoire fut rapide ; mais six semaines après le malade mourut de broncho-pneumonie. A l'autopsie on trouva le foie rempli de noyaux secondaires.

Je ne connais pas dans la science de pareil exemple. Il s'agit ici, au résumé, d'une hydronéphrose qui s'est transformée en hématonéphrose par suite de l'hémorrhagie que le néoplasme vidait à chaque instant dans la cavité kystique. Ce qu'il y a d'intéressant ici, c'est que l'écoulement de sang était continu et que son émission seule était intermittente ; dès que le malade était debout, l'écoulement par l'uretère se faisait plus facilement. Voilà donc un symptôme, l'uro-hématonéphrose intermittente, qu'il faut ajouter à la liste des symptômes des tumeurs du rein.

M. Bazy. — Quoiqu'on s'occupe beaucoup, depuis quelques années, de l'évolution clinique des tumeurs du rein, il reste encore plusieurs questions à résoudre et le mécanisme invoqué par M. Tuffier pour expliquer l'hématonéphrose intermittente ne saurait s'appliquer à tous les cas. J'avais diagnostiqué un calcul du rein à un malade qui avait des hématuries à l'occasion des efforts et de la fatigue. Un jour, ce malade, en arrivant à Paris, est pris de douleurs violentes et, pour la première fois, en explorant le flanc, je trouve le rein. Je conclus de suite : le calcul s'est déplacé et maintenant il bouche l'entrée de l'uretère, d'où rétention urinaire, d'où hydronéphrose. Mais, le lendemain, le malade pisse du sang et la tumeur disparaît. Alors, je conçois quelques doutes. J'avais raison, comme vous allez voir. En effet, j'opère mon malade et je constate qu'il s'agit d'un néoplasme de la partie supérieure du rein n'ayant aucun rapport avec le bassinet. Le mécanisme indiqué par M. Tuffier, et qui est très logique dans le cas fort intéressant qu'il a rapporté, ne saurait donc s'appliquer au mien. Pourquoi et comment mon malade a-t-il présenté cette distension rénale ? Je n'en sais rien.

Tétanos céphalique. — Amputation du pouce. — Mort.

M. Larger (de Maisons-Laffitte) lit l'observation d'un malade à qui, dans l'espoir de guérir un tétanos consécutif à une plaie du pouce, il a pratiqué sans succès l'amputation de l'organe infecté. Rien de particulièrement intéressant.

Hernie inguinale congénitale étranglée. — Réduction. — Persistance d'un pincement latéral de l'intestin.

M. Ferraton (médecin militaire) lit une observation portant titre. Renvoyée à une commission.

Hydronéphrose intermittente.

M. Rsclus présente les reins et les uretères d'un malade mort d'anurie à la suite d'hydronéphrose intermittente. Observation et discussion remise à la prochaine séance.

Pierre Sebileau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 novembre.

Pathogénie du coup de chaleur.

M. Laveran. — Nous avons fait, M. Regnard et moi, quelques recherches expérimentales sur la pathogénie du coup de chaleur. Nous nous sommes placés dans les conditions du soldat pendant la marche. Nous avons soumis les animaux à une chaleur croissante, les uns étant au repos, les autres assujettis à un travail fatigant.

Il ressort de nos expériences que le travail accompli sous de fortes températures prédispose aux coups de chaleur, et qu'il est bon, au point de vue pratique, de n'exiger de la troupe en marche que des petites étapes avec une allure très modérée. De plus, le travail élève la température de l'organisme qui le produit et son influence vient s'ajouter à celle de la chaleur extérieure pour augmenter cette température.

Claude Bernard n'a-t-il pas montré, d'ailleurs, que les animaux meurent quand le milieu intérieur atteint les températures de 45 et 46 degrés.

Quant au mécanisme même de la mort par le coup de chaleur, il résulte d'une action directe excitante d'abord, puis paralysante, de la chaleur sur le système nerveux.

Idiotie et microcéphalie.

M. Laborde. — Voici trois enfants, deux filles et un garçon, nés des mêmes parents, et qui sont atteints d'idiotie complète avec microcéphalie. Le premier a 12 ans, le second 10 ans, le troisième 8 ans. Chez ce dernier seul, il y a un semblant d'intelligence susceptible d'être peut-être amélioré. Tons ne profèrent que des cris inarticulés, et sont dans une continuelle agitation. Les trois sensibilités ont subi chez eux une diminution remarquable. Ces enfants viennent des îles Cyclades, leurs parents paraissent sains, non alcooliques. Je ne sais si la syphilis règne dans la famille. On la dit rare aux îles Cyclades. Enfin, les parents ont eu, à la suite de ces trois idiots, deux enfants qui évoluent normalement.

M. Lancereaux, s'appuyant sur cette dernière particularité, pense que l'on doit incriminer purement et simplement la syphilis pour expliquer le cas présent. Il est fréquent, en effet, dans les générations de syphilitiques, de voir naître des mêmes parents des enfants bien développés après une série d'enfants mort-nés ou mal conformés.

M. Besnier fait remarquer que l'on voit à Paris très peu d'enfants atteints de microcéphalie, bien que les parents syphilitiques soient très nombreux.

M. Guéniot signale que, contrairement à l'ossification incomplète des os du crâne que l'on note généralement chez les enfants nés de parents syphilitiques, ils a rencontré sur un petit malade analogue à ceux de M. Laborde un épaississement anormal des os du crâne.

De l'insufflation d'air dans le péritoine tuberculeux.

M. Folet (de Lille) rapporte l'observation d'une femme atteinte de péritonite tuberculeuse. On fit une ponction, on retira six litres de liquide séreux et on injecta dans la cavité abdominale trois litres d'air.

Depuis huit mois que cette opération a été faite, il n'y a pas eu de reproduction du liquide et la malade a continué de s'améliorer.

Un essai semblable fut tenté en 1892 par M. Von Mosetig-Moorhof. Cet opérateur, dans un cas d'épididymite tuberculeuse chez un enfant de quatre ans, fit pénétrer une canule dans le péritoine par l'intermédiaire du canal inguinal, retira une quantité de 1,700 grammes de liquide et insuffla ensuite de l'air dans la cavité séreuse. Cette intervention fut suivie de guérison.

De ces deux faits, que faut-il conclure? C'est que, dit M. Folet, dans les cas où la laparotomie ne peut se faire, on devra avoir recours à l'insufflation d'air qui est une méthode pratique anodine et pourtant efficace.

La séance est levée. J. P.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 novembre.

Du mécanisme de la mort par l'électricité.

M. d'Arsonval. — J'ai établi dans une communication précédente que les courants électriques employés dans l'industrie, quelle que fût leur intensité, déterminaient seulement un état de mort apparente dû à un arrêt du cœur, et qu'il suffisait, en présence d'un accident de ce genre, de pratiquer la respiration artificielle pour ramener la victime à la vie.

L'expérience tentée ces jours-ci en Amérique, pour l'électrocution d'un criminel, est en faveur de cette opinion. Malgré le haut voltage du courant utilisé pour cette opération, on n'a pu produire qu'un état de mort apparente et la respiration artificielle, pratiquée à l'aide d'un soufflet introduit dans la trachée, a suffi pour ramener l'électrocuté à la vie.

Il faut donc, désormais, renoncer à l'emploi des courants électriques dans les exécutions capitales.

D'autre part, on pense généralement que les courants alternatifs sont plus dangereux que les courants continus. C'est le contraire qui est vrai. Les courants continus employés dans l'industrie à un haut potentiel sont tous mortels. Les phénomènes électrolytiques accompagnant le courant sont cause de la mort. Des actions polaires se produisent, en effet, au niveau de chaque tissu traversé par le courant et non seulement aux lieux d'entrée et de sortie de ce courant.

M. Chauveau rappelle qu'il a déjà insisté sur ce point et montré les dangers que présentent les phénomènes électrolytiques qui accompagnent dans l'intimité des tissus le passage du courant électrique.

M. Laborde rappelle le cas d'un ouvrier qui fut foudroyé par un courant alternatif de 2,000 volts et qui a pu être sauvé par la méthode des tractions rythmées de la langue.

M. Dastre. — Le rappel à la vie des suppliciés électrocutés est généralement la règle, toutes les fois que la mort apparente est due à un arrêt du cœur et à une suspension de la respiration. Peu importe, d'ailleurs, la cause qui a motivé l'arrêt du cœur et des poumons.

M. Chauveau. — Au sujet du rappel à la vie, il faut distinguer entre les deux états de syncope ou d'asphyxie. Quand il y a syncope, le retour à la vie peut ne se présenter qu'au bout de plusieurs heures. Dans l'asphyxie, au contraire, les tentatives de retour à la vie deviennent infructueuses au bout d'un temps très court.

Innervation vaso-motrice du pénis.

M. Franck. — Des expériences pratiquées sur le chien viennent de me démontrer qu'il existe d'autres nerfs vaso-dilatateurs du pénis que ceux auxquels le plexus sacré donne naissance. Ces nerfs viendraient de la troisième et de la cinquième paires lombaires par l'intermédiaire du ganglion mésentérique inférieur. Si l'on excite ces filets nerveux, on produit une turgescence du pénis avec exagération de la pression veineuse et diminution de la pression artérielle. Il existerait, en outre, des filets vaso-constricteurs, d'origine sympathique également, et qui accompagneraient les filets vaso-dilatateurs.

Il y a là de quoi expliquer le mécanisme de l'érection. Si la turgescence et l'augmentation de volume du pénis résultent d'une vaso-dilatation, sa rigidité ne peut être obtenue que grâce à la contraction des muscles ischio et bulbo-caverneux qui s'oppose à la sortie du sang veineux et l'emmagasine dans les corps caverneux.

Microbes et cysticerques.

M. H. Frenkel (de Lyon): — MM. Chauffard et Widal ont établi que les microbes ne traversaient pas les membranes des kystes hydatiques de l'homme. Mes expériences prouvent que si l'on inocule par voie intraveineuse, chez le lapin, des cultures pures de *staphylococcus citreus* et qu'on injecte simultanément sous sa peau une petite quantité de produits solubles provenant du même microbe, les membranes de cysticerques laissent au contraire passer les microbes.

Mais il faut tenir compte, ainsi que l'a montré M. Sabrozès, que la membrane du cysticerque est loin d'être comparable à la texture des hydatides dont les lamelles stratifiées sont imperméables jusqu'au jour où elles ont subi une effraction.

M. Galippe dit avoir trouvé, autrefois, des microbes dans le liquide d'un kyste hydatique, et il ajoute que les membranes vivantes sont toujours perméables aux microbes.

M. Butte relate des expériences tendant à prouver que si l'on prive le foie de glycogène en sectionnant les deux pneumogastriques dans la région cervicale, le foie ne produit plus de glycose *post mortem*. J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 novembre.

Traitement médical de la pérityphlite.

M. Mliard. — Depuis deux ans, j'ai observé onze cas de pérityphlite où le traitement, purement médical, a été suivi de guérison. Je ne repousse pas néanmoins d'une manière absolue le traitement chirurgical de cette affection. Il s'impose dans certains cas. Mais, je crois qu'il faut toujours se garder d'intervenir prématurément. De mes onze cas cependant, quelques-uns ont présenté un début brusque et grave qui s'est toutefois modifié rapidement sans les secours de la chirurgie.

Voici en quoi consiste ce traitement de la pérityphlite :

A la première période : repos absolu au lit, émissions sanguines locales pour combattre les douleurs, révulsifs cutanés, purgatifs doux, lavements antiseptiques et régime lacté.

A la deuxième période : appliquer des pointes de feu, des pommades résolutives et recommander l'usage régulier des laxatifs et des lavements.

Aussitôt que l'on soupçonne l'invasion de la maladie, il importe de maintenir le malade au lit. Les émissions sanguines locales seront faites à l'aide des ventouses scarifiées de préférence aux sangsues.

L'opium demeure le médicament par excellence pour calmer les douleurs, arrêter les vomissements, modérer les contractions de l'intestin et combattre les progrès de la péritonite. Il sera prescrit sous forme d'injections sous-cutanées de morphine ou bien sous forme de solution d'extrait thébaïque, à la dose de 0 gr. 05 ou de 0 gr. 10 centigr.

On agira contre les vomissements en prescrivant des boissons glacées ou du champagne frappé, et l'on proscrira, au contraire, l'usage des applications de glace sur l'abdomen : elles sont douloureuses et pénibles. On préférera, comme purgatifs, l'huile de ricin à faibles doses, ou bien la limonade au citrate de magnésie. L'usage des laxatifs devra être continué longtemps, même pendant la convalescence. On devra l'accompagner, tous les deux ou trois jours, d'un lavement simple ou boraté.

Sur la région malade on fera des applications de pommade belladonée et nou d'onguent napolitain afin d'éviter l'hydrargyrisme. Plus tard, il faudra appliquer des pointes de feu, si l'empâtement persiste. Ne pas négliger dans le traitement de la convalescence de remonter le malade en lui prescrivant des préparations ferrugineuses, le vin de quinquina et les bains toniques.

Tel doit être le traitement médical de la pérityphlite, qui, institué au début de la maladie, amène le plus souvent la guérison.

Angine de poitrine d'origine coronarienne.

M. Huchard présente à la Société les pièces anatomiques d'une malade morte subitement dans son service d'une attaque d'angine de poitrine. Elle était âgée de 33 ans. L'autopsie montra une aortite avec une obstruction presque complète de l'orifice des deux artères coronaires. Voilà une observation qui est en faveur de la théorie artérielle de l'angine de poitrine. Mais il y a plus : l'angine de poitrine avait revêtu, chez cette malade, une forme pseudo-gastralgique et la mort s'est accompagnée d'asphyxie au lieu de survenir par syncope, comme cela a lieu habituellement.

M. Duflocq cite un cas, analogue à celui de M. Huchard, dans lequel la mort survint subitement le lendemain de la rentrée du malade à l'hôpital. A l'autopsie, les orifices des artères coronaires étaient absolument sains. Mais la coronaire antérieure présentait une oblitération presque complète au niveau du sillon interventriculaire. L'angine de poitrine, ici encore, était donc d'origine coronarienne.

De l'influence des bains froids sur la toxicité urinaire.

M. Ausset (médecin militaire). — Il résulte de mes recherches que les bains froids produisent une élévation du degré de toxicité de l'urine chez les individus atteints de maladies infectieuses, telles que la scarlatine, la rougeole, la fièvre typhoïde, etc... Les bons effets de la méthode de Brand seraient imputables à cette décharge par les urines des éléments toxiques qui ont envahi l'économie dans chacune de ces grandes infections. J. P.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 14 novembre.

De la conservation du lait stérilisé.

M. Dujardin-Beaumetz. — Le lait convenablement stérilisé peut-il être transporté au loin, ou bien faut-il à ce point de vue lui préférer le lait concentré ?

Pour répondre à cette question, il suffit d'examiner le lait quelque temps après la stérilisation. Déjà, au bout de quelques jours, le lait stérilisé a un goût de brûlé, du reste supportable. Plus tard, la crème et le beurre se réunissent à la surface du lait, et ainsi se forme un caillot d'un goût et d'une odeur spécials, s'accentuant au fur et à mesure de la conservation. Enfin ce lait, après quelques mois ou un an, a un goût de beurre rance et une odeur tout à fait insupportable assez analogue à celle du scatol. Il ne s'agit pas, bien entendu, des flacons mal bouchés dans lesquels se produit la fermentation bactérienne. Enfin, si l'on fait bouillir le lait avant d'ouvrir la bouteille, pour mélanger à nouveau la crème et le beurre, ce mélange ne peut pas se faire d'une façon complète.

De toutes ces observations, il est facile de conclure que le lait stérilisé ne peut pas être transporté au loin, car il vient un moment où on ne peut plus le boire.

M. Weber. — Au moment de faire usage du lait stérilisé qui a subi un long transport, il faut le faire bouillir pendant un quart-d'heure au moins, et l'agiter assez longuement pour que la crème et le lait arrivent à se mélanger complètement.

S'il se forme du beurre qui ne peut se mélanger au lait, il faut sans doute en trouver la raison dans ce fait, qu'il se produit pendant le voyage une sorte de barattage, les bouteilles étant rarement pleines.

Une autre précaution à prendre, c'est de boucher les bouteilles

le plus hermétiquement possible. Le caoutchouc semble devoir être préféré au liège.

Cependant, s'il s'agit des grands approvisionnements d'une armée en expédition, le lait concentré convient mieux que le lait stérilisé.

Une des causes d'altération de ce lait est sa richesse en crême. On pourrait l'éviter en enlevant par avance une partie de cette dernière. En Hollande, le lait que l'on met en bouteilles est pauvre en crême; c'est peut-être pour cela que le lait stérilisé donne de bons résultats dans ce pays.

On a inventé, il y a peu de temps, de nouveaux procédés pour le transport du lait stérilisé. Ainsi, on le fait voyager sous presion d'oxygène. C'est peut-être un progrès véritable.

M. Berlioz. — J'ai vu dans le service de M. Budin huit bouteilles de lait stérilisé, que l'on examinait après un assez long voyage. Quatre de ces huit bouteilles étaient mal bouchées; aussi étaient-elles impures. Quant aux quatre autres, elles étaient stériles, mais leur lait n'avait pas une saveur agréable.

En examinant différents échantillons de lait stérilisé, même encore plus âgés, j'ai très souvent constaté cette saveur. Aussi le transport du lait stérilisé offre-t-il pour le moment de grandes difficultés. La stérilisation reste d'ordinaire parfaite, mais le lait devient mauvais.

M. Maurel (de Toulouse). — Le lait concentré est depuis longtemps employé par la marine; il se conserve et se transporte facilement. Son goût est très agréable, et il garde ses propriétés alimentaires et thérapeutiques. Ainsi, en Cochinchine, on l'emploie fort utilement pour allaiter les nourrissons et aussi pour le traitement des diarrhées de ce pays.

M. Bardet. — M. Weber disait tout à l'heure que le barattage qui se fait dans les bouteilles insuffisamment pleines favorise la formation du beurre. J'ai vu du beurre se former dans des bouteilles qui n'avaient eu à subir aucun transport.

M. F. Vigier. — Pour conserver le lait stérilisé, je crois que le bouchage de liège vaut mieux que celui de caoutchouc.

Traitement du coryza et de la bronchite descendante par les vapeurs d'iodoforme.

M. Maurel. — Le staphylocoque blanc est, de tous les microorganismes, celui qui se rencontre le plus souvent dans les fosses nasales, tant à l'état normal qu'à l'état pathologique; aussi son importance est elle grande dans la pathogénie des inflammations nasales.

Nous savons, et moi-même je l'ai vérifié, que ce microbe diminue de virulence sous l'influence des vapeurs d'iodoforme. De plus, j'ai constaté récemment que non seulement sa virulence est atténuée par ces vapeurs, mais aussi sa végétabilité.

Aussi, j'ai cru devoir faire aspirer par le nez des vapeurs d'iodoforme dans les cas de coryza aigu. On arrive facilement à ce résultat, en introduisant dans les fosses nasales un morceau de coton iodoformé; il n'y a à craindre ni gêne, ni irritation. Ce traitement a parfaitement réussi, et cela, non seulement lorsqu'il s'agissait de coryza aigu, mais encore dans les cas de bronchite descendante si souvent consécutive à ces coryzas. Des améliorations ont également été constatées au cours du coryza chronique et dans le coryza à répétition. Au contraire, cette méthode me semble impuissante contre l'ozène, ce qui se comprend, si l'on songe que, dans l'ozène, le staphylocoque blanc ne remplit qu'un rôle tout à fait secondaire.

Enfin, dans la bronchite initiale, j'ai fait sucer à mes malades six pastilles de 0 gr. 005 milligr. d'iodoforme par jour. Au niveau du carrefour pharyngien existe alors une atmosphère à peu près constante de vapeurs iodoformiques. Ce procédé m'a également donné des résultats satisfaisants.

Il me semble, en outre, que les vapeurs d'iodoforme pourront être employées utilement dans les affections des voies respiratoires d'origine staphylococcique ou streptococcique. J. P.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Facultés.

Actes du 3 au 8 décembre 1894 (Paris)

Examens.

Lundi 3 décembre. — 2e Définitif (Officiat) : MM. Farabeuf, Déjerine, Schileau. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Retterer, Weiss. — 3e Oral (1re partie) : MM. Tillaux, Delbet, Varnier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Ricard, Jalaguier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Fournier, Letulle.

Mardi 4 décembre. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias Duval, Quénu, Poirier. — 3e Oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Berger, Bar. — 4e : MM. Proust Pouchet, Gilbert. — 5e (1re partie). Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Nélaton, Albarran. — 5e (2e partie), Charité : MM. Raymond, Marie, Hallopeau.

Mercredi 5 décembre. — *Médecine opératoire* : MM. Delbet, Tuffier, Poirier. — 2e Oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Marchand, Retterer.

Jeudi 6 décembre. — *Médecine opératoire* : MM. Panas, Nélaton, Poirier. — 3e Oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Schwartz, Bar. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Joffroy, Marie.

Vendredi 7 décembre. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Sebileau, Heim. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Lejars, Tuffier. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain. Brissaud, Chauffard. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudeloque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 8 décembre. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Roger. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Charrin, Ménétrier. — 5e (1re partie). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Panas, Roger, Albarran. — 3e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Cornil, Marfan, Chantemesse. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Laboulbène, Raymond, Gilbert. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses.

Mercredi 5 décembre, à 1 heure. — *M. Deléeluse* : De l'occlusion pathologique des mâchoires. — *M. Tavitian* : Etude sur le gaïacol et son emploi dans le traitement de l'orchite blennorrhagique. — *M. Garnier* : Essai sur les écrits des aliénés. — *M. Rebière* : Kystes hydatiques primitifs de la plèvre. — *M. Fonvieille* : De l'hydrocèle et de ses traitements. — *M. Bruneau* : Etudes sur les indications du curettage de l'utérus dans l'infection puerpérale.

Jeudi 6 décembre, à 1 heure. — *M. Galopin* : L'oxygène et le chlorure de sodium dans la scrofule et la tuberculose. — *M. Fougerat* : Quelques remarques d'ordre physiologique relatives au travail intellectuel et à la méthode. — *M. Barbier* : Des pseudo-infections puerpérales d'origine intestinale. — *M. Perret* : Accouchement prématuré provoqué et symphyséotomie. — *M. Gervais de Rouville* : Des néphrectomies partielles. — *M. Bernard* : Les eaux de Vichy et leurs propriétés thérapeutiques.

Concours d'agrégation

Le concours pour l'agrégation en médecine s'ouvrira le 17 décembre prochain. Le jury est composé provisoirement de MM. Brouardel, président; Jaccoud, Hayem, Joffroy, Fournier et Debove, pour Paris; MM. Grasset, Pitres et Mayet, pour la province Juges suppléants : MM. Dieulafoy, Brissaud.

Limite des consignations pour examens probatoires

1° Les consignations pour les examens dont la désignation suit seront reçues jusqu'aux dates ci-après désignées : Pour le 2e examen de doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 12 mars inclusivement; pour le 2e examen de doctorat (2e partie), jusqu'au mardi 2 avril inclusivement; pour le 3e examen de doctorat (1re partie), jusqu'au 2 avril inclusivement; pour le 3e examen de doctorat (2e partie), jusqu'au mardi 21 mai inclusivement; pour le 4e examen de doctorat, jusqu'au mardi 4 juin inclusivement; pour le 5e examen de doctorat (1re et 2e parties), jusqu'au mardi 2 juillet inclusivement; pour les examens de sage-femme, jusqu'au mardi 2 juillet inclusivement; pour les thèses, jusqu'au mardi 9 juillet inclusivement. — Officiat : pour le 1er examen, jusqu'au mardi 12 mars inclusivement; pour le 2e examen, jusqu'au mardi 2 avril inclusivement; pour le 3e examen, jusqu'au mardi 2 juillet inclusivement. — MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions

65e Année, 9e Série, Tome I — N° 49 — 8 Décembre 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

TRAVAUX ORIGINAUX

Perfectionnements à apporter dans le manuel opératoire de la résection du maxillaire supérieur (*Conservation des plans fibro-muqueux, autoplastie immédiate*).

Par M. le Dr Tuffier.

La résection du maxillaire supérieur comme opération préliminaire de l'ablation des tumeurs du pharynx et en particulier des polypes naso-pharyngiens présente encore certaines indications. Le *procédé de Nélaton* est alors le procédé de choix. Mais il laisse à sa suite une difformité très marquée : enfoncement de la joue, ectropion consécutif, large communication de la bouche et des fosses nasales. Ces lésions s'accompagnent de troubles fonctionnels graves qui portent sur la mastication et sur la phonation, et qui sont vraiment déplorables. Aussi a-t-on cherché avec juste raison à pallier à ces accidents au moyen d'appareils prothétiques. Je crois qu'on peut arriver à supprimer tous ces inconvénients en pratiquant l'opération avec certaines modifications et en faisant l'autoplastie immédiate de la voûte et du voile du palais.

L'enfoncement de la joue est dû surtout à l'absence de soutien de la lèvre supérieure, et il provoque la formation de l'ectropion ; si donc on pouvait constituer un plan résistant qui s'étende de la voûte palatine du côté sain à l'apophyse ptérygoïde du côté opéré, on remédierait à la majeure partie des accidents. En somme, il s'agit de reconstituer une voûte palatine solide pour parer du même coup à la communication permanente entre les fosses nasales et la bouche, et en partie à l'enfoncement de la joue. Pour effectuer cette reconstitution on peut se servir d'un lambeau de la muqueuse de la joue. Après avoir pratiqué la résection par le procédé classique, il suffit de tailler un lambeau fibro-muqueux géno-gingival et de le suturer à la muqueuse palatine et au voile du côté opéré.

J'ai eu l'occasion de pratiquer trois fois cette autoplastie immédiate et dans les trois cas avec un parfait succès. Deux de mes malades ont été opérées de résections partielles du maxillaire supérieur pour des sarcômes. L'une, âgée de 53 ans, opérée le 7 avril 1890, à l'hôpital Beaujon, salle Huguier n° 8, présentait sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur droit une tumeur du volume d'une mandarine implantée au niveau des 1re, 2e et 3e molaires. Cette tumeur, qui datait de deux ans, s'était creusé une loge aux dépens des parties molles et du maxillaire inférieur, si bien que la malade pouvait, malgré son volume, fermer la bouche. Je fis l'ablation de la tumeur et la résection du bord alvéolaire et de la voûte palatine, créant ainsi une brèche de 3 centimètres de côté et faisant communiquer le sinus maxillaire et les fosses nasales avec la cavité buccale. Je taillai alors un lambeau géno-gingival en ruginant la fibro-muqueuse qui tapisse la face externe du maxillaire et en disséquant la muqueuse de la joue. Je fis glisser mon lambeau sur la perte de substance osseuse et je le suturai à ses bords, le résultat fut parfait et il ne s'était pas démenti 3 ans après l'opération. Ma seconde opération a trait à un homme de 43 ans qui présentait, au niveau du bord alvéolaire du maxillaire supérieur gauche, un épithélioma de la largeur d'une pièce de 2 francs. La tumeur adhérait au maxillaire. Je fis l'ablation de la tumeur et de la paroi osseuse, ouvrant ainsi largement le sinus maxillaire. Je fis une autoplastie immédiate par glissement d'un lambeau fibro-muqueux géno-gingival. Le résultat était parfait au moment de sa sortie, mais je n'ai pu revoir ce malade.

Mon troisième malade a subi la résection totale. C'est un jeune homme de 19 ans, qui était entré le 20 décembre à Beaujon, salle Robert, n° 10, pour un polype naso-pharyngien provoquant des hémorrhagies graves. Un prolongement dans le sinus maxillaire gauche et dans les fosses nasales du même côté, le tout joint à un léger exophtalmos, indiquaient bien l'étendue des lésions. J'essayai en vain des injections de chlorure de zinc et, le 5 janvier, devant les accidents répétés, je fis la résection du maxillaire supé-

rieur, suivant le procédé de Nélaton. Ayant remarqué tout le bénéfice que j'avais retiré de mes autoplasties immédiates dans les cas précédents, je fis deux modifications au procédé classique. La première modifie la façon de couper la voûte palatine et la seconde le manuel du détachement de a muqueuse de la joue du maxillaire supérieur :

1° Au lieu de couper les parties molles et la voûte osseuse sur le même plan, j'ai détaché un petit lambeau fibro-muqueux du côté du maxillaire à enlever, en le décollant à la rugine, comme nous le faisons dans la palatoplastie par la méthode du double pont de Baizeau ;

2° Au lieu de sectionner la muqueuse de la joue dans le cul-de-sac gingival j'incise à la base de l'implantation des dents cette muqueuse, et je décolle à la rugine toute la partie de cette muqueuse qui tapisse le maxillaire supérieur ;

3° L'ablation du maxillaire faite, et le polype enlevé, je suture la muqueuse de la joue à la fibro-muqueuse libre de la voûte du palais et en arrière du voile ; j'ai ainsi une voûte palatine reconstituée, solide, et fermant complètement les fosses nasales.

Le résultat opératoire fut parfait. Le résultat définitif que nous avons vu 10 mois après me paraît laisser bien loin tout ce que nous avons l'habitude de voir dans ces cas. Au point de vue plastique, à part un peu de larmoiement de l'œil, les deux côtés de la face sont symétriques et on ne voit plus aucune cicatrice, la saillie de la joue est normale. La cavité buccale est irréprochable de forme et la voûte palatine est régulière et solide sans trace de fistule et sans insuffisance palatine. Au point de vue fonctionnel, la mastication se fait parfaitement, et il n'y a pas le *moindre trouble de la phonation*. (Malade présenté à la Société de Chirurgie, le 21 novembre 1894.)

Je crois qu'avec les procédés modernes de la chirurgie, le manuel opératoire de la résection du maxillaire supérieur doit être modifié et à l'*autoplastie immédiate*, qui me paraît devoir s'imposer, j'ajoute la *conservation de la muqueuse palatine* et de la *muqueuse géno-gingivale* dans la plus grande étendue possible et le décollement de la muqueuse de la joue, si cette conservation est insuffisante pour la reconstitution immédiate de la voûte palatine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 décembre. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Hydronéphrose intermittente double.

M. Reclus. — Je vous ai présenté, dans la dernière séance, des pièces anatomiques provenant d'un malade atteint de double hydronéphrose ; je tiens à vous dire quelques mots de l'histoire clinique de ce malade, quoiqu'elle me paraisse éclairer d'une bien faible lumière la pathogénie encore si mal connue, — malgré le remarquable mémoire de MM. Terrier et Baudouin, — de l'hydronéphrose intermittente.

Mon malade était un cordonnier de 32 ans, entré dans mon service pour s'y faire soigner d'une volumineuse tumeur de l'abdomen. Cette tumeur formait dans le ventre deux fortes saillies ; l'une, à gauche, refoulait le diaphragme, s'engageait dans le thorax élargi par elle et descendait en has jusque dans la fosse iliaque ; l'autre, à droite, distendait la paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque et atteignait en haut la région hépatique. Entre les deux masses, une gouttière se dessinait, que des anses intestinales, reconnaissables à la percussion, remplissaient. Toute la tumeur était fluctuante ; d'une poche à l'autre, les mains qui exploraient se renvoyaient le liquide.

Je fus bien embarrassé pour porter un diagnostic. Cependant, l'histoire du malade me fit songer à une hydronéphrose. Voici, en effet, quels avaient été ses antécédents morbides. En 1885, tandis qu'il était au régiment, il ressentit dans la région lombaire, à l'occasion des mouvements de flexion du tronc, des douleurs et de la pesanteur ; il consulta son médecin-major qui ne trouva rien. Au bout de quelques temps, le malade vit apparaître lui-même, dans le ventre, deux saillies, qu'il montra à ce même major ; celui-ci fit alors une ponction dans la tumeur avec une aiguille de Pravaz, et en retira un liquide analogue à de la bière brune. Muni alors d'un trocart, notre confrère vida complètement la poche qui contenait 7 litres. Après cette évacuation, le malade urina, à des époques indéterminées et à plusieurs reprises, un liquide analogue à celui qui avait été extrait par la ponction ; chaque fois que cet accident se produisait, la tumeur abdominale diminuait de volume. Et c'est ainsi que les choses se passèrent de 1885 à 1888 ; le patient, grâce à ces flux périodiques, n'était point gêné par son kyste, dont les dimensions étaient, au total, bien moins considérables ; même, son état était si bien amélioré qu'il contracta un mariage. Cela ne lui porta pas bonheur. Bientôt, en effet, la tumeur augmenta considérablement de volume ; à Cahors, un médecin fit une ponction et retira 10 litres de liquide. C'est à partir de cette époque que l'hydronéphrose — puisqu'il s'agit d'hydronéphrose — d'intermittente et ouverte qu'elle était, devint une hydronéphrose fermée ; le malade n'urina plus de liquide coloré. Tous les deux mois, on dut faire une ponction nouvelle ; l'une d'elles fut même suivie d'accidents péritonéaux ; alors, le liquide prit un aspect savonneux, purulent.

La tumeur devenant de plus en plus grosse, le malade se décida à venir à Paris ; il entra alors dans mon service où je pus faire les constatations cliniques dont je vous parlais tout à l'heure. Je décidai une intervention ; elle s'imposait. Mais que fallait-il faire ? La tumeur était trop volumineuse pour légitimer une néphrectomie lombaire ; je jugeai que la voie transpéritonéale rendrait l'opération plus facile et me permettrait surtout d'explorer le rein du côté opposé.

J'ouvris donc le ventre ; je dois dire que l'examen du rein sain ou supposé sain ne fut pas plus facile à ce moment qu'avant l'opération ; les deux parties de la tumeur s'opposèrent à l'exploration, de sorte que je continuai l'opération sans être plus fixé que je ne l'étais tout d'abord sur le point de savoir si le rein droit était sain ou non. Je rappelle, en effet, que l'hydronéphrose siégeait à gauche.

L'opération fut simple, contrairement à ce que j'avais présumé. La poche se laissa facilement séparer, et, après avoir isolé les deux masses, je pus prendre sans peine un pédicule, le lier et retirer la tumeur qui tomba, pour ainsi dire, dans mes mains. J'avais fait toutes ces manœuvres, en isolant la séreuse, tout à fait en dehors de la cavité péritonéale. Après l'ablation des poches, une vaste cavité restait dans le ventre que je bourrai de gaze au salol et dont les proportions, du reste, furent vites réduites par la poussée de l'intestin reprenant sa place, en raison de l'élasticité de ses gaz.

Après l'opération, les symptômes furent tout d'abord consolants et l'espoir me vint que le malade guérirait. Le pouls battait fort et la température était normale ; les mictions étaient abondantes. Mais bientôt le malade s'affaissa, les urines devinrent rares, le cœur faiblit, la respiration s'embarrassa, enfin la sécrétion urinaire fut complètement suspendue et la mort survint le septième jour après l'intervention. Voici maintenant dans quel état se trouvaient les reins de mon patient.

Le rein gauche (celui que j'avais opéré) était remplacé par une poche fluctuante qui formait bissac et était formée de deux masses réunies par un goulot rétréci qui siégeait au niveau du hile. Le bassinet était à peine dilaté; l'uretère, de son origine à sa terminaison, était absolument sain; sur lui, il n'y avait ni bride, ni valvule, ni coudure; un stylet le pénétrait aisément de la vessie au bassinet. Il était simplement un peu aplati entre la partie inférieure de la tumeur et le péritoine pariétal.

Le rein droit était lisse, non bosselé, un peu augmenté de volume, et portait, en petit, les mêmes lésions que le rein gauche. Le bassinet était sain, mais, sur l'uretère, il y avait des lésions remarquables. A 4 centimètres du bassinet, on voyait une première torsion en demi-spire, à la suite de laquelle existait une dilatation fusiforme; puis, au-dessous de cette dilatation, à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la vessie, il y avait un enroulement de l'organe en double tour de spire. Toutes ces lésions étaient fixées dans une position immuable par une bride qui partait de la déformation supérieure pour aboutir à l'inférieure en passant au-devant de la dilatation fusiforme.

Telle est l'observation; elle me paraît pouvoir prêter à quelques remarques intéressantes.

D'abord, cette hydronéphrose gauche est très volumineuse: un jour, une ponction retira de la poche 18 litres de liquide. Je passe aussi sur les qualités particulières de ce liquide (leucocytes, albumine, etc.), qui sont le résultat de l'infection et n'ont rien de particulièrement intéressant. Ce qui est ici tout à fait particulier, c'est la marche de la maladie. L'hydronéphrose a d'abord été fermée; elle s'est ouverte après une ponction, et s'est refermée ensuite après une nouvelle ponction; mais jamais, malgré cette occlusion urétérale, mon malade n'a souffert de ces crises douloureuses spéciales qui accompagnent toujours la fermeture de la poche hydronéphrotique. Et puis, ce qu'il y a encore d'intéressant dans le cas que je viens de rapporter, c'est la révélation, pour ainsi dire paradoxale, de la nécropsie. Voici ce que je veux dire: A gauche, nous trouvons une hydronéphrose énorme et pas de lésion urétérale. M. Terrier dit bien, il est vrai: « C'est la mobilité rénale qui fait l'hydronéphrose intermittente ». Je ne sais s'il en est toujours ainsi, mais, ce que je sais, c'est que jamais, chez mon patient, je n'ai pu dépister le signe clinique révélateur de cette torsion brusque de l'uretère, qui accompagne la mobilisation du rein, et produit l'hydronéphrose. Et, ce que je sais aussi, c'est que, pendant cette longue période de 9 ans, le malade n'a point accompli, dans son ventre, ce travail ordinaire qui fige le rein déplacé et qui immobilise pour toujours, dans une position fixe, l'organe qui, tout d'abord, se place seulement en ectopie passagère. Je reste donc étonné de la présence de cette volumineuse hydronéphrose sans lésion urétérale. A droite, au contraire, l'hydronéphrose ne s'est jamais fermée, — nous pouvons l'affirmer, puisque le malade n'a jamais eu d'accidents urémiques, — et il y avait pourtant des altérations urétérales vraiment considérables.

Luxation du coude en arrière irréductible, arthrotomie.

M. Nélaton. — M. Walther nous a envoyé une intéressante observation d'arthrotomie. Un homme de 30 ans, étant tombé dans un escalier, s'était luxé le coude en arrière et des tentatives réitérées de réduction n'avaient point abouti. C'est alors que notre collègue résolut de pratiquer l'anesthésie chloroformique et, si les tractions ne suffisaient pas, pendant le sommeil, pour remettre les surfaces articulaires en place, de faire une arthrotomie. Le blessé fut donc endormi et M. Walther tenta la réduction; plusieurs fois, il l'obtint facilement, mais toujours le déplacement se reproduisit. Alors l'articulation fut ouverte. Une incision de dix centimètres le long du bord externe de l'olécrâne permit au chirurgien de pénétrer dans cette articulation, de la vider des caillots qu'elle contenait et de constater les deux lésions suivantes: 1° entre la trochlée et le crochet cubital existait une masse musculaire formée par les fibres profondes du brachial antérieur; 2° la coronoïde était arrachée dans sa portion osseuse et la portion cartilagineuse, dressée en l'air, mettait obstacle à la réduction.

M. Walther exerça alors des tractions, et, au moment où le déplacement fut réduit, la lamelle cartilagineuse se détacha tout à fait et sauta hors de la plaie. Trois semaines après, le malade avait des mouvements de flexion normaux; l'extension augmenta de jour en jour.

J'applaudis au très beau résultat obtenu, dans le cas particulier, par notre collègue, mais je ne puis point accepter l'interprétation qu'il donne, dans l'espèce, de l'irréductibilité, non plus que les conclusions qu'il formule.

En ce qui concerne d'abord la cause de l'irréductibilité, je crois que M. Walther fait jouer un rôle beaucoup trop considérable à la la lamelle de la cavité sigmoïde. Et la preuve c'est qu'avant même que cette lamelle fût enlevée, l'humérus revenait en sa position normale: quelles que soient sa résistance et son élasticité, elle n'a pas une consistance suffisante pour ne pas se plier et pour former à la réduction un pareil obstacle. A mon avis, il y avait donc une autre raison d'irréductibilité.

En ce qui concerne les conclusions thérapeutiques de notre collègue, j'aurais mauvaise grâce, je le répète, à ne pas applaudir au beau résultat qu'il a obtenu; mais il tend à accepter l'arthrotomie, dès que les tentatives simples de réduction sont restées vaines, se basant sur ce que, dans l'espèce, il a pu enlever des caillots intra-articulaires, refouler des lambeaux du brachial antérieur et, enfin, enlever deux corps étrangers cartilagineux qui, dit-il, auraient déterminé plus tard des accidents et nécessité une arthrotomie secondaire.

Cela, je ne le crois pas; des corps étrangers intra-articulaires, mais n'y en a-t-il pas dans toutes les luxations? Et combien rares sont les cas cependant où il faut faire une ouverture ultérieure de l'articulation!

Aussi me semble-t-il que, avant d'en arriver à l'arthotomie, quand les tentatives de réduction par les méthodes de douceur n'ont pas abouti, il y a d'autres essais à faire. Il existe, en particulier, une méthode bien trop abandonnée aujourd'hui et qui cependant est excellente: je veux parler de la traction élastique. Je dis excellente, parce qu'elle réussit souvent, parce qu'elle n'exige aucune connaissance anatomique, aucune notion du sens dans lequel on doit tirer.

M. Walther a donc fait une bonne et heureuse opération; mais, à sa place, avant d'ouvrir, j'aurais employé le caoutchouc.

Ligature transpéritonéale de l'iliaque externe.

M. Nimier (au nom de M. Chauvel) lit un rapport sur un cas de ligature de l'iliaque externe au travers du péritoine pour une plaie de l'artère fémorale pratiquée par M. Nicot, médecin militaire. Le rapporteur n'accepte aucune des conclusions de l'auteur.

Traitement des abcès du foie.

M. Nimier, ayant lu, au nom de M. Chauvel, une observation d'abcès du foie traité par la méthode de Stromeyer-Little, envoyée par un médecin militaire, la discussion suivante s'est engagée.

M. L. Championnière. — A mon avis les ponctions exploratrices, après ouverture du ventre, peuvent rendre de grands services en nous renseignant sur le siège exact de l'abcès. En ce qui concerne la conduite à tenir vis-à-vis les parois de l'abcès, il me paraît beaucoup plus sage de fixer les deux lèvres de la plaie hépatique à la paroi abdominale.

M. Quénu. — Ces ponctions peuvent être dangereuses si quelques gouttes de pus tombent dans le péritoine. J'ai opéré avec M. Berger un malade porteur d'un abcès à parois si minces qu'elles se rompirent dans un effort de toux. Bien m'avait pris de préserver à l'avance la cavité péritonéale par quelques points de suture fixant le grand épiploon à la paroi abdominale au-dessous de la poche et par des tampons, de sorte que je pus opérer pour ainsi dire, en dehors de la séreuse.

M. Michaux. — Mais ne dit-on pas que le pus des abcès du foie est stérile et ne se base-t-on pas là-dessus pour affirmer que la fixation de l'abcès à la paroi abdominale est inutile?

M. Peyrot. — Sans doute, il l'est souvent, mais il ne l'est pas toujours, et cela suffit pour qu'on se mette en garde contre l'irruption du pus dans le péritoine.

M. Tuffier. — J'ai opéré sept abcès du foie; six fois, le pus était stérile; il était rempli de microorganismes dans le dernier cas.

Extirpation de l'astragale.

M. Poirier présente un malade à qui il a pratiqué l'ablation des deux astragales pour un double pied bot varus équin, dont il montre les moulages. Beau résultat au point de vue des formes; les fonctions du membre, encore imparfaites, s'améliorent tous les jours.

Ostéotomie fémorale.

M. Berger présente un malade à qui il a pratiqué une ostéotomie des fémurs pour double genu-valgum. Le résultat est excellent et surtout remarquable en ce que, contrairement à ce qui arrive d'habitude, le fragment supérieur de l'os fracturé ne fait aucune saillie.

PIERRE SEBILEAU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 décembre.

Syphilôme ano-rectal.

M. Verneuil rapporte à l'Académie le cas d'un homme âgé de soixante-huit ans qui est venu le consulter au mois de juillet dernier pour une affection de la région recto-anale qui en était, disait-il, à la troisième récidive : la première intervention, probablement une ouverture d'abcès, avait été pratiquée au mois d'octobre 1892, deux mois plus tard avait eu lieu la seconde intervention, vraisemblablement un débridement de fistule.

Quand M. Verneuil examina le malade, il trouva entre la racine des bourses et la commissure antérieure de l'anus une tumeur grosse comme une amande, d'un rouge livide, adhérente aux téguments et ouverte à son sommet par où s'écoulait du pus mal lié et fétide. Par le toucher, le rectum paraissait être le siège d'un catarrhe assez intense, la muqueuse n'était ni ulcérée ni indurée.

M. Verneuil crut d'abord à un simple abcès sous-cutané et fendit la tumeur avec le thermocautère. L'état du malade fut légèrement amélioré. Puis, bientôt, du pus de nouveau s'écoula, irritant la marge de l'anus et, les douleurs réapparaissant, le malade dut reprendre le lit.

Un nouvel examen de la région anale montra alors à M. Verneuil une saillie aplatie, d'un rouge violacé et à base indurée. De plus, le toucher rectal donnait la sensation d'un rétrécissement de toute la région avec contraction du sphincter. Il n'en fallut pas davantage pour changer le premier diagnostic et faire penser à une lésion syphilitique tertiaire, c'est-à-dire à une gomme périanale avec commencement de rétrécissement du rectum. D'ailleurs le diagnostic de syphilis se trouvait confirmé par la présence, sur les deux jambes, de plusieurs cicatrices déprimées, blanchâtres ou pigmentées, absolument caractéristiques des syphilides ulcéreuses ou du rupia.

Avant donc de tenter une opération et de faire la rectotomie linéaire, qui pour M. Verneuil paraît être l'opération de choix dans un tel cas, le malade fut soumis au traitement spécifique (pilules de mercure et iodure de potassium). Il s'ensuivit une guérison complète, à la fois du syphilôme et du rétrécissement du rectum.

M. Verneuil, devant cette thérapeutique exceptionnellement suivie de succès, puisqu'elle reste le plus souvent sans efficacité, pense intéresser l'Académie en relatant ce résultat uniquement dû au secours du traitement spécifique de la syphilis.

M. Fournier convient, lui aussi, de l'inefficacité habituelle du traitement spécifique dans les rétrécissements du rectum. Mais il est convaincu que cette inefficacité doit être mise un peu sur le compte des malades qui viennent trop tard réclamer les soins que nécessite leur état. D'autre part, l'affection reste longtemps méconnue en raison de la difficulté que l'on a pour examiner la région malade. Le diagnostic ne devient en effet évident que lorsque l'affection a gagné la marge de l'anus et le périnée.

Une autre cause de l'insuccès de la médication spécifique résiderait, d'après M. Fournier, dans la transformation scléreuse des lésions syphilitiques. La forme scléreuse pouvant se présenter dans les lésions syphilitiques de la marge de l'anus aussi bien que la forme gommeuse, la forme gommeuse pouvant d'ailleurs se transformer en forme scléreuse, il va de soi que, puisque la première guérit tandis que la seconde ne guérit pas, il n'y aura rien d'étonnant dans ce dernier cas que tous les efforts de la thérapeutique restent impuissants.

M. Le Dentu dit qu'il n'a jamais obtenu de succès dans le traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum. Une seule fois, il a vu un syphilôme ano-rectal subir la transformation scléreuse sans qu'il pût mettre cette transformation sur le compte du traitement. A la suite de cette sclérose se sont formés plusieurs rétrécissements contre lesquels toute médication est restée sans résultat. M. Le Dentu pense donc que le succès de M. Verneuil doit être rapporté à ce fait qu'il a assisté pour ainsi dire au début de l'affection de son malade.

Les tractions rythmées de la langue.

M. Laborde. — Voici un nouveau cas de rappel à la vie, par la méthode des tractions rythmées de la langue. C'est une observation due à M. le Dr Guiet (de Monts-sur-Guesnes). Un enfant vient au monde en état de mort apparente, à la suite d'une application de forceps. On pratique les tractions rythmées de la langue qui le font respirer au bout de dix minutes. Mais le Dr Guiet est obligé de laisser l'enfant pour s'occuper de la mère. Quelques instants plus tard, il retrouve l'enfant en état de mort apparente. Tous les procédés ordinaires de rappel à la vie (respiration artificielle, frictions, etc.), sont essayés, mais sans succès. On revient alors aux tractions rythmées de la langue et, six minutes après, l'enfant respire de nouveau.

Voilà une observation concluante et qui montre bien la supériorité des tractions rythmées de la langue sur les procédés ordinairement employés.

M. Guéniot. — Le procédé préconisé par M. Laborde est d'une application facile, et cet avantage seul vaut la peine qu'on le vulgarise et qu'il soit fréquemment utilisé. Mais le procédé de l'insufflation, pour être d'une application plus difficile, n'offre-t-il pas de plus sûrs résultats ? J'en ai obtenu souvent de si brillants par l'insufflation, que je la considère comme le procédé de choix et que je l'ai même vu réussir, quand les tractions de la langue étaient restées sans succès.

M. Tarnier. — Je suis de l'avis de M. Guéniot. Les tractions rythmées de la langue sont d'une pratique facile, l'insufflation est plus difficile à faire. Il arrive à tout le monde d'introduire dans l'œsophage un insufflateur qui doit aller dans la trachée. Tandis que pour les tractions rythmées, il n'est besoin d'aucune instrumentation et je conviens que l'on obtient de bons résultats par ce procédé. Néanmoins, je ne partage pas l'enthousiasme de M. Laborde. Les accoucheurs ont obtenu trop de succès par l'insufflation, dans les cas de mort apparente des nouveau-nés, pour qu'ils aillent aujourd'hui l'abandonner. Il est donc établi que la respiration artificielle bien faite donne d'excellents résultats.

Sans vouloir aujourd'hui comparer les deux procédés qui semblent se disputer actuellement le premier rang, je citerai cependant un fait dans lequel les tractions rythmées de la langue demeurèrent sans résultat, alors que la respiration artificielle détermina immédiatement le retour à la vie. Ce cas, comme celui de M. Guéniot, a trait à un enfant venu au monde en état de mort apparente.

M. Laborde. — Je préconise la méthode des tractions rythmées de la langue, et je la considère comme supérieure à la respiration artificielle, non seulement en m'appuyant sur des faits cliniques, mais aussi sur les démonstrations de la physiologie.

Il est de fait acquis que, si le soufflet introduit de l'air dans le poumon, il ne détermine pas, par cela même, le retour du réflexe respiratoire.

Tandis que les tractions de la langue, par l'excitation du nerf laryngé supérieur, provoquent le retour du réflexe de la respiration; or, c'est à ce moment-là seul que l'air pénètre dans le poumon.

M. Tarnier. — Cependant, les faits cliniques sont là pour nous donner la preuve que le réflexe respiratoire se produit lorsque l'on fait mécaniquement pénétrer de l'air dans les poumons.

M. Pinard. — Je demande le renvoi à la prochaine séance de la discussion que nécessite l'importante question soulevée par M. Laborde. Chacun de nous pourra apporter des faits qu'il sera plus facile de comparer et de juger.

M. Laborde semble dire que si son procédé ne réussit pas, c'est qu'il est parfois mal employé, ou qu'il n'est pas employé assez longtemps. Je connais, au contraire, des cas dans lesquels les enfants seraient certainement morts si l'on avait exclusivement pratiqué les tractions linguales, tandis que l'insufflation les a rapidement rappelés à la vie.

Anévrysmes iliaque droit et inguinal gauche traités par l'extirpation.

M. Quénu. — Voici un homme, âgé de trente-six ans, que j'ai opéré le 5 décembre 1893 pour un volumineux anévrysme de l'artère iliaque externe droite et seize jours plus tard pour un anévrysme inguinal gauche. Les deux anévrysmes ont été traités l'un et l'autre, et avec un succès égal, par la méthode de l'extirpation.

Cet homme qui est clown de son métier a pu reprendre ses exercices le 1er octobre dernier.

Ces deux tumeurs anévrysmales, dont le début remontait à deux ans, présentaient un volume inégal. La tumeur droite avait la grosseur d'une tête d'enfant. Elle occupait toute la fosse iliaque interne et plongeait même dans le petit bassin. La tumeur gauche, plus petite, était à cheval sur le ligament de Fallope.

Au sujet de cette double opération, il me paraît utile de faire ressortir les deux points que voici :

En premier lieu, il n'y a eu, à la suite de l'intervention aucun trouble de la circulation, même du côté gauche où il fallut cependant lier la fémorale profonde et réséquer la veine. Je pense donc que la gangrène à la suite des ligatures pour anévrysmes ne résulte pas le plus souvent de l'oblitération d'un gros vaisseau; mais, je crois qu'elle résulte d'oblitérations multiples qui sont causées par les caillots émanés du sac. En coagulant le contenu du sac, on en fait un foyer d'embolies. Il me paraît donc légitime de s'assurer contre la gangrène soit en pratiquant l'extirpation du sac anévrysmal, soit en liant le vaisseau au-dessus et au-dessous du sac, ce qui est moins absolu.

En second lieu, au point de vue de la technique opératoire, je pense que l'artère iliaque externe une fois liée, il convient d'aborder la tumeur par sa face externe. On se préoccupe ainsi du nerf crural qu'il convient avant tout de suivre et d'isoler. Peu importe le sacrifice de la veine fémorale.

Il convient enfin, en dernière analyse, de fermer l'anneau crural, de reconstituer le ligament de Fallope et de le suturer à l'aponévrose du pectiné, de façon à éviter la formation des hernies.

M. Forné (médecin de la marine) lit un travail sur les propriétés antimicrobiennes de l'essence des mélaleuques provenant de la distillation des feuilles fraîches de deux arbustes : le *niaouli* des Canaques et le *cajeputi* des Malais.

La séance est levée. J. P.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 novembre.

Recherches sur l'action de la toxine du staphylocoque pyogène sur le lapin.

MM. Mosny et **Marcano.** — Nous avons fait dans le laboratoire de M. le professeur Straus quelques recherches sur l'action des cultures filtrées de staphylococcus pyogenes aureus. Parmi les faits les plus intéressants, nous devons signaler le suivant : si l'on inocule des doses élevées de ces cultures dans les veines d'un lapin, par exemple 10 centimètres cubes, l'animal meurt en quelques instants ; emploie-t-on au contraire des doses de 1 à 2 centimètres cubes, le lapin survivra. Il se rétablira même assez vite : la fièvre ne tarde pas à tomber et l'appétit reparaît. Mais, d'autre part, il maigrira lentement jusqu'à perdre le quart de son poids en l'espace de quatre à cinq semaines.

Nous avons également constaté que le lapin ainsi traité, loin d'être vacciné contre l'action des cultures staphylococciques virulentes, semble réagir plus facilement à l'action du staphylocoque doré.

Si l'on ne refait pas cette seconde inoculation au lapin, et si on le laisse uniquement sous l'influence de la première, l'animal sera pris d'une diarrhée profuse après avoir maigri durant quatre ou cinq semaines, comme nous l'avons dit, et, sans que la température s'abaisse notablement (36°) ou sans même qu'elle s'abaisse du tout, on verra le lapin mourir en deux à cinq jours.

A l'autopsie, on retrouve toujours les mêmes lésions, plus ou moins avancées suivant la durée de la survie du lapin après l'injection intraveineuse. On voit de petits abcès arrondis dans l'épaisseur des parois intestinales, surtout dans celles du gros intestin, de volume tout à fait variable ; on rencontre même de plus, dans certains cas, une suppuration ganglionnaire à la région lombaire, ou de la péritonite pelvienne. Le plus souvent c'est une péritonite généralisée que l'on constate ; mais jamais l'on ne retrouve de lésions en dehors de la cavité abdominale.

Dans ces lésions purulentes, il n'y a jamais de staphylocoque doré, ce qui s'explique facilement, puisque les inoculations ont été faites avec des cultures filtrées, ne contenant aucun microbe.

Mais, nous avons trouvé dans le pus de ces lapins deux bacilles : l'un était court et trapu, l'autre, que nous avons vu plus souvent, ressemblait au colibacille, tant par ses propriétés biologiques que par sa morphologie. Examinions-nous le sang du cœur, nous n'y rencontrions ces bacilles que dans les cas de suppuration abdominale très étendue, ainsi lorsqu'il y avait péritonite purulente généralisée.

Plus tard, nous avons reconnu que ces deux espèces de bacilles se trouvaient dans l'intestin des lapins sains.

Tous les lapins auxquels a été faite l'injection intraveineuse de cultures virulentes filtrées sont morts dans les conditions que nous avons fait connaître.

Nous avons obtenu les mêmes résultats par l'injection intravasculaire au lapin :

a) Soit de doses élevées (5 à 10 centimètres cubes) de cultures non virulentes et filtrées. Il s'agissait alors de cultures âgées (un mois à six semaines) et maintenues constamment à une basse température (18° à 20°);

b) Soit de doses faibles (1 centimètre cube) de cultures vivantes et atténuées. La mort des animaux a toujours été tardive et l'autopsie a relevé l'existence inconstante des lésions particulières au staphylocoque (abcès des reins), et l'absence constante du microbe dans le sang du cœur et dans le pus de la cavité péritonéale ;

c) Soit enfin de doses élevées (10 centimètres cubes) de sérum de lapins vaccinés contre l'infection par le staphylocoque.

En ce qui concerne ce dernier point, nous avons vu par diverses expériences, ainsi que l'avait déjà fait M. Courmont, que ce sérum n'a pas d'action microbicide sur le staphylocoque qu'on y

ensemence, alors qu'il est antitoxique à l'égard des cultures filtrées. La preuve, c'est que l'inoculation de 5 centimètres cubes de culture virulente filtrée tue le lapin rapidement, tandis qu'il peut supporter l'inoculation intraveineuse d'un mélange de 5 centimètres cubes de culture virulente filtrée et de 5 centimètres cubes du sérum en question.

Les lapins qui avaient été immunisés contre les inoculations répétées de cultures virulentes de staphylocoque doré par 10 centimètres cubes de sérum de lapins vaccinés ont succombé par suite de suppurations péritonéales après quatre ou cinq semaines. Ces suppurations elles-mêmes doivent être attribuées à l'issue hors de l'intestin des microbes dont nous avons parlé plus haut, et qui l'habitent à l'état normal.

Enfin, nous avons recherché quelle action pouvaient exercer sur le lapin les microbes isolés contenus dans le pus des péritonites que nous avions observées, et les mêmes microbes alors qu'ils se trouvent dans l'intestin de lapins sains. Ces recherches nous ont conduits aux résultats suivants :

1° L'inoculation, dans la veine marginale de l'oreille du lapin, de 1 centimètre cube de cultures des bacilles isolés dans le pus des péritonites a tué ces animaux, en moins de vingt-quatre heures. par septicémie, sans lésion locale. L'inoculation des mêmes cultures dans le péritoine est demeurée sans résultat;

2° L'inoculation intraveineuse au lapin de cultures des mêmes bacilles isolés dans le contenu intestinal de lapins sains a fait succomber les animaux en un temps variable suivant la dose de l'injection. Les doses élevées (1 centimètre cube 5) les tuaient, en moins de vingt-quatre heures, par septicémie, sans lésion locale. Les doses plus faibles (1 centimètre cube) les tuaient en six à huit jours avec de la péritonite purulente, ou tout au moins avec des abcès dans les parois du gros intestin. Comme dans le cas précédent, l'inoculation des cultures dans le péritoine est demeurée négative.

Ajoutons que les mêmes résultats ont été obtenus par injections intraveineuse et intrapéritonéale de cultures des microbes existant normalement dans l'intestin des lapins, que nous avions au préalable ensemencées dans un bouillon filtré où avait vécu le staphylocoque doré.

De ces différentes expériences, il faut conclure qu'une toxine peut tuer les animaux plus ou moins longtemps après son introduction dans l'organisme et sans provoquer d'accident immédiat. La mort, dans ces cas, est due à des suppurations occasionnées par la migration hors de l'intestin des microbes qui y sont contenus à l'état normal.

D'autre part, nous voyons que du sérum antitoxique. fourni par des animaux immunisés contre le staphylocoque ou ses toxines, immunise bien un animal contre l'action immédiate du staphylocoque ou de ses toxines, mais nullement contre les infections secondaires ultérieures.

Les prédispositions morbides de l'organisme dues à des infections antérieures se retrouvent en pathologie humaine. C'est ainsi que de simples saprophytes sont transformés en microbes pathogènes, alors qu'à l'état normal ils habitent notre organisme sans y produire aucun trouble.

Ablation des glandes à venin des vipères.

MM. C. Phisalix et **G. Bertrand.** — Nous avons déjà fait connaître que des principes toxiques analogues à ceux du venin des vipères se trouvent dans leur sang; nous avons de plus admis que l'explication de ce fait consistait en une sécrétion intense des glandes venimeuses.

Il faut, néanmoins, vérifier cette hypothèse, et voir si elle représente effectivement la vérité. Cela est d'autant plus indispensable que rien n'empêcherait de supposer que les principes toxiques sont primitivement contenus dans le sang et ensuite éliminés par les glandes. Pour résoudre la question, il suffit d'enlever les glandes venimeuses. S'il s'agit d'une sécrétion interne, le sang sera de moins en moins toxique; si, au contraire, c'est à la seconde manière de voir qu'il faut se rattacher, l'expérience nous montrera une augmentation de toxicité du sang.

Nous avons opéré sur 46 vipères provenant du Jura, du Puy-de-Dôme, de la Vendée et des environs de Paris, et nous avons inoculé 58 cobayes.

Nos expériences nous ont conduit aux résultats suivants : le sang est moins toxique après l'ablation des glandes venimeuses. L'hypothèse que nous avions admise au début se trouve donc pleinement confirmée; une partie au moins du venin provient de sécrétions internes. De plus, au point de vue de la physiologie générale, ces expériences sont une preuve importante de l'exactitude de la théorie de la sécrétion glandulaire interne.

Séance du 3 décembre.

De l'influence des pressions élevées sur les microbes.

M. Roger conclut de ses recherches qu'on est parfois obligé d'aller jusqu'à 2,000 ou 3,000 kilogrammes de pression pour obtenir sur les bactéries des troubles appréciables.

Pratiquement, on peut tirer de ces expériences deux conclusions: la première, c'est que les changements de pression auxquels nous pouvons être exposés n'ont aucune action sur les microbes; la seconde, c'est que la stérilisation des liquides par chocs répétés est illusoire.

De la frigothérapie.

M. Raoul Pictet. — La frigothérapie est une étude des lois du rayonnement à basses températures et des applications thérapeutiques et biologiques qui en sont la conséquence.

Les vibrations calorifiques, correspondant avec les températures au-dessous de — 65° à — 67°, traversent tous les corps : couverture de laine, planche de bois, etc.; et même les substances mauvaises conductrices sont transparentes pour la chaleur, dans ces conditions, comme le verre l'est pour la lumière.

Comme les animaux ne subissent jamais de froids inférieurs à — 45° ou — 50°, leurs pelisses naturelles peuvent les protéger. Mais les choses vont changer, si l'on met un chien enveloppé de couvertures bien chaudes dans un puits frigorifique de — 100° à — 110°.

Dans ces conditions, tous les rayons compris entre — 65° et + 37°5 seront absorbés par les couvertures. et, ainsi, il n'y aura aucune impression de froid à la peau de l'animal; mais les rayons compris entre — 110° et — 65° traverseront les couvertures pour s'absorber dans l'enceinte froide, et le corps du chien perdra une chaleur équivalente.

On arrive ainsi à ce résultat tout nouveau : refroidissement du corps de l'animal, sans que la peau, par sa température, puisse révéler cet état.

De plus, quand l'animal est plongé dans le puits frigorifique, au bout de quelques minutes il se produit un sentiment de faim intense, ainsi qu'une augmentation de la circulation sanguine.

Mais l'auteur va plus loin ; il relate des expériences qu'il a faites sur lui-même à ce propos.

Depuis plus de six ans, dit-il, il souffrait tant de l'estomac qu'il en était arrivé à ne presque plus manger, à tel point ses digestions étaient douloureuses. Dans ces conditions, R. Pictet descendit dans le puits frigorifique le 23 février 1894, enveloppé d'une pelisse et de vêtements épais. Au bout de quatre minutes, il ressentit une impression de fringale ; quatre minutes plus tard, il sortait du puits, éprouvant une sensation douloureuse de faim et un besoin très violent de manger.

Il recommença cette expérience les jours suivants, et les digestions se firent bientôt normalement et sans douleur ; huit expériences de ce genre, de huit à dix minutes chacune, le guérirent complètement et définitivement.

R. Pictet appelle frigothérapie ce nouveau moyen d'agir sur

l'appareil digestif. Il consiste à couvrir le malade de couvertures bien chaudes et à faire appel au rayonnement à des températures très basses. J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 novembre.

Pérityphlites et appendicites.

M. Le Gendre. — M. Millard ne nous a pas assez montré à la dernière séance dans quels cas d'inflammation péricæcale doit être employé le traitement qu'il soutient. Il faut distinguer, me semble-t-il, entre la pérityphlite et l'appendicite. La première de ces affections guérit toujours sans intervention chirurgicale, tandis que la seconde, de même que la péritonite qui peut en être la conséquence, sont du domaine chirurgical dans certaines circonstances.

Comment reconnaitre l'existence d'une appendicite? La brusquerie du début, l'intensité de la douleur, son siège variable suivant les rapports de l'appendice et du cæcum, l'absence de tumeur ou du moins sa petitesse, la fréquence des vomissements, la rapide ascension de la fièvre, le facies devenant vite péritonéal, tels sont les principaux symptômes de l'appendicite. Mais quelquefois il faudra avoir recours à l'incision exploratrice, ce qui sera la seule chance de salut en cas de perforation de l'appendice.

Voici quel est le traitement que j'emploie : repos absolu, diète, opium aux doses de 0 gr. 02 à 0 gr. 10 par jour chez l'enfant, de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 chez l'adulte. La réfrigération locale continue me semble supérieure à la révulsion dans les cas aigus. Les purgatifs sont dangereux, comme dans toutes les inflammations aiguës de la région cæcale; je les remplace avantageusement par de grands lavements antiseptiques. Les vésicatoires, les pommades mercurielles et belladonées gênent l'exploration de la région. Après quarante-huit heures, il doit y avoir diminution des symptômes locaux et des symptômes généraux; sinon, l'incision exploratrice peut être employée. Elle est indispensable au bout de trois jours.

La gravité des symptômes généraux et locaux (température, facies, pouls, douleur, etc.) est une condition assez sérieuse pour que des foyers congestifs du poumon ou même des foyers broncho pneumoniques ne puissent être considérés comme contre-indications absolues à l'incision exploratrice.

Si le malade est sujet à des appendicites à rechutes, après deux ou trois crises, la résection de l'appendice peut être utilement conseillée.

M. Sevestre. — Deux formes de pérityphlite sont, en effet, à distinguer, suivant l'origine de l'affection.

La pérityphlite d'origine cæcale est relativement bénigne, dans la majorité des cas. Elle guérit sans traitement chirurgical. Néanmoins, on s'adressera à la chirurgie si la maladie traîne, si la fièvre persiste, car, alors, on peut croire à l'existence d'une suppuration assez sérieuse.

La pérityphlite d'origine appendiculaire ou appendicite peut guérir par le traitement médical; mais elle doit être surveillée de près, l'intervention chirurgicale devant être quelquefois très précoce. Il faut proscrire les purgatifs, et recommander la diète, le repos absolu et l'opium.

M. Moizard. — La pérityphlite cæcale se voit surtout chez les adultes; l'appendicite est au contraire si fréquente chez les enfants, que 90 0/0 des péritonites aiguës infantiles sont d'origine appendiculaire.

Les purgatifs ne doivent être employés ni dans les typhlites ni dans les appendicites. Le repos, l'opium et les ventouses scarifiées donnent de bons résultats; s'ils échouent, l'intervention chirurgicale s'impose. Mais il est difficile de dire à quel moment précis l'on doit faire appel à la chirurgie.

M. Mathieu — Au sujet de cette question, j'ai fait quelques recherches qui m'ont fourni des statistiques utiles à consulter. Ces emprunts sont faits à des auteurs allemands.

M. Guttmann a traité 96 pérityphlites médicalement, il n'a eu que 5 morts. Hollander a traité de même 80 malades sans avoir un seul décès. Renvers évalue à 3 ou 4 0/0 la mortalité des pérityphlites traitées médicalement. Leyden considère que, dans ces conditions, il y a 95 0/0 de guérison, Fürbringer compte 12 morts sur 120 cas. Ces statistiques s'accordent à prouver que dans un très grand nombre de cas la pérityphlite guérit par des moyens purement médicaux.

M. Sonnenburg a montré que le traitement chirurgical donne également de bons résultats, témoin la statistique suivante : sur 89 pérityphlites opérées, l'auteur a eu 15 décès. Sur ces 15 décès, il s'agissait 12 fois d'appendicites avec début d'infection et 3 fois d'appendicites perforatives compliquées. Les 74 cas qui se sont heureusement terminés se décomposent ainsi : 5 appendicites simples, 52 appendicites perforatives simples et 17 appendicites perforatives compliquées.

M. Du Cazal. — Comme M. Millard, je ne crois pas la distinction entre les typhlites et les appendicites fort importante. Le mot pérityphlite me semble préférable, car il n'implique aucune idée d'origine de la maladie. En ce qui concerne le traitement, je suis aussi de l'avis de M. Millard, et je suis certain que très souvent un traitement médical pur suffit à la guérison.

M. Lemoine a vu, il y a peu de temps, un enfant qu'on allait opérer pour péritonite appendiculaire, et qui a été guéri par des moyens uniquement médicaux. J. P.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance de novembre.

Symphyséotomie.

M. Porak donne communication de sa neuvième symphyséotomie, qui complète sa statistique donnée dans la précédente séance. Il s'agit d'une chiffonnière mesurant 1 m. 30 de taille. Elle a marché tard, a déjà eu deux grossesses terminées, la première par la basiotripsie, la seconde par l'accouchement provoqué avec enfant mort. Cette femme présentait une incurvation nette des membres inférieurs, le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 8 cent. 8. Bassin aplati rachitique. L'enfant se présente par le siège. Dans la poche des eaux volumineuse, se trouvaient le pied et la main gauches. Symphyséotomie d'emblée suivie de l'extraction en raison de la procidence du pied. L'écartement maximum du pubis atteignit 5 cent. 3/4. Une hémorrhagie post-partum inquiétante suivit l'accouchement. L'enfant, une fille vivante, fut, sans raison apparente, prise de contracture et de fièvre, et son poids, qui était à sa naissance de 3,250 gr., tomba à 2,380 grammes. Treize jours après l'opération, la malade se fit emporter par son mari jusqu'à la porte de l'hôpital. puis, delà, s'en fut à pied jusqu'à Saint-Ouen. Deux jours après, un élève de service, qui était allé prendre de ses nouvelles, apprit qu'elle exerçait son métier de chiffonnière. Quant à l'enfant, il fut grandement amélioré par l'usage des bains froids; sa mère le nourrit avec du lait coupé d'eau panée et, malgré cela, il augmente de poids. Il pèse au commencement de novembre 2,600 gr.

M. Guéniot a 8 observations personnelles de symphyséotomie et 2 pratiquées par M. Potocki, soit 10 opérations faites à la Maternité en l'espace de 2 ans et 1 mois, du 6 octobre 1892 au 6 novembre 1894. Résultat : sur les 8 cas personnels, 8 femmes guéries, 8 enfants vivants. Dans un des cas de M. Potacki, un enfant est mort avec le cordon sectionné, arraché. Chez une des opérées, il y avait une obliquité du bassin telle qu'on eût dit un bassin oblique ovalaire type, ce qui rendit l'opérateur très perplexe sur le choix de l'intervention. Il procéda quand même à la section du pubis et fut assez heureux pour voir ses craintes ne pas se

réaliser. Cette femme, redevenue enceinte, fut opérée la seconde fois par M. Potocki.

M. Budin fait remarquer que, lorsqu'on fait la syphyséotomie, une seule articulation jouant peut donner un agrandissement suffisant pour laisser passer un enfant vivant. C'est ce qui a lieu pour le bassin oblique-ovalaire. On obtient un résultat qui est suffisant. Quand la symphyse est sectionnée, les os étant écartés, leur extrémité libre forme en arrière un angle coupant qui vient appuyer sur les parois vaginales distendues. Celles-ci se trouvent comprimées entre le pubis et la tête fœtale ou le forceps, et peuvent entamer les tissus. Dans un cas où il fit la symphyséotomie suivie de la version, M. Budin fit remarquer à ses élèves, sur la tête fœtale, deux ligné rouges correspondant exactement aux arêtes coupantes des pubis écartés.

M. Porak. — En compulsant les observations, dans un seul cas où la vessie était déchirée sur la paroi antérieure, on peut invoquer le mécanisme décrit par M. Budin. Dans les autres cas, il semble que la déchirure soit partie du vestibule pour communiquer dans certains cas latéralement avec la plaie opératoire, dans d'autres cas sur la ligne médiane avec les voies urinaires qui sont alors ouvertes.

M. Maigrier, dans l'unique symphyséotomie qu'il a faite, a eu une déchirure vaginale, produite uniquement suivant le mécanisme invoqué par M. Budin ; la vulve et le vestibule étaient absolument intacts.

M. Labusquière demande à M. Guéniot, qui a une statistique assez forte, si les accidents sont fréquents. Cela est important à savoir au point de vue pratique pour les médecins-praticiens.

M. Guéniot n'a eu qu'une fois des accidents. Il attribue ses succès à sa manière d'opérer. Il ne se sert que d'un bistouri et de ses doigts. Il incise les tissus surtout à la région hypogastrique et ne descend jamais qu'au clitoris. L'incision est faite de haut en bas et d'avant en arrière par petits coups. Le plus souvent, le forceps est appliqué à l'avance et (M. Guéniot appelle l'attention sur ce point) avant que la dilatation soit complète, en sorte que, lorsqu'il exerce des tractions sur l'instrument, la tête descend coiffée du segment inférieur qui apparaît à la vulve ; l'utérus double ainsi et protège les parties vulvaires et vaginales. Ce serait grâce surtout à cette doublure que M. Guéniot aurait pu avoir 9 observations de symphyséotomie sans lésions vulvaires ou vaginales.

M. Porak désire savoir si M. Guéniot a opéré sur les primipares, car M. Pinard a eu 5 fois des déchirures de la paroi antérieure du vagin et toujours chez des primipares.

M. Guéniot a opéré indifféremment des primipares et des multipares.

BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE

Le régime alimentaire dans le traitement des dyspepsies

Par le Dr A. Mathieu.

Sous la signification restreinte de son titre, le livre de M. Mathieu représente un véritable traité de pathologie et de thérapeutique générale applicable à toutes les maladies où l'estomac peut être en cause, soit primitivement, soit d'une manière plus ou moins indirecte. C'est que la dyspepsie, qui est spécialement visée dans ce titre, ne représente pas seulement l'affection locale, le symptôme exclusivement gastrique, tel que l'ancienne médecine a pu le concevoir et l'enseigner. La signification du mot est maintenant beaucoup plus large, et le domaine que la chose embrasse est désormais beaucoup plus étendu, par suite de l'adjonction d'un grand nombre d'états morbides avec lesquels la dyspepsie est inséparablement liée, comme l'effet avec la cause. Comment disjoindre, par exemple, les troubles gastriques des chlorotiques du trouble nutritif et des altérations humorales qui sont habituelles chez cette classe de malades? Comment isoler ceux qu'on rencontre si fréquemment chez les tuberculeux, chez les cancéreux de l'estomac ou chez les simples neurasthéniques? Et même dans les cas de dyspepsie d'origine en apparence purement locale, comme les gastrites muqueuses, l'ulcère de l'estomac, l'hyperchlorhydrie, n'y a-t-il pas lieu de faire intervenir certains facteurs d'ordre général, entre autres l'influence du système nerveux, trop dédaignée par quelques pathologistes de nos jours? On voit par ces quelques réflexions combien la question est vaste, et combien la compréhension en est large, si on l'envisage sous toutes ses faces, en nosologiste et en philosophe, et non comme un observateur superficiel, à courte vue.

Or, nous devons rendre à M. Mathieu cette justice qu'il a compris cette manière d'envisager son sujet, et nous devons reconnaître qu'il s'est acquitté de sa tâche avec succès, de telle sorte que son livre, dans son cadre restreint et dans sa forme concise, peut être considéré comme un traité complet, où le médecin pourra trouver ce qui lui est nécessaire en fait d'idées directrices et d'indications précises. Chemin faisant, notre confrère a fait le procès de certaines théories et la critique de certaines affirmations qui, émanées d'auteurs plus ou moins autorisés, ont fait longtemps et font encore loi dans la science. Cette préoccupation se fait jour surtout à propos de certaines questions d'importance majeure, comme celle du rôle de l'hyperchlorhydrie, qui a donné lieu à tant de discussions, ou celle de la dilatation de l'estomac, un autre sujet de controverses jamais épuisé, mais sur lequel l'accord paraît devoir se faire prochainement d'après le régime des concessions réciproques. A propos de cette dernière, nous avons été heureux de voir M. Mathieu faire le procès de certaines théories, et particulièrement de cette conception déjà démodée qui voulait en faire une sorte d'entité morbide, une manière de syndrôme clinique toujours semblable à lui-même et partant facilement reconnaissable. Cette conception est désormais réduite à ses justes proportions, et on peut dire maintenant, avec M. Mathieu, que la dilatation n'est pas une unité pathologique, mais qu'elle est simplement l'aboutissant commun de lésions de divers ordres, à peu près comme l'asystolie est l'aboutissant commun de diverses maladies du cœur. Le traitement de cet état particulier ne saurait donc être uniforme, puisqu'il est subordonné à des indications qui sont elles-mêmes variées comme les circonstances étiologiques. On peut appliquer les mêmes réflexions à l'enteroptose dont Glénard avait voulu aussi faire une maladie spéciale. Pas plus que la dilatation, l'enteroptose ne représente une entité véritable, et à ce titre ne saurait figurer dans les traités spéciaux, sous forme de description isolée et de tête de chapitre.

La dernière partie du livre de M. Mathieu, celle où il étudie le régime alimentaire dans ses rapports avec les maladies générales, n'est pas la moins intéressante. Des questions d'une importance majeure y surgissent à chaque pas : celle de la dyspepsie des tuberculeux et des rapports que cette dyspepsie affecte avec la maladie pulmonaire ; puis celle du rôle de l'alimentation dans les maladies de la nutrition (goutte, obésité, diabète). Nous ferons ici une réserve sur les idées de l'auteur qui a cru devoir, lui aussi, sacrifier à la diathèse et qui s'est vu obligé d'invoquer l'intervention de l'arthritisme à titre de substratum pathogénique de toutes les maladies classées habituellement sous cette rubrique. Notre collègue sait aussi bien que

nous combien cette influence de la diathèse est problématique, et combien artificiel le lien par lequel on voudrait réunir en un seul faisceau des maladies essentiellement disparates ? Nous aimons mieux le voir s'attacher à préciser les indications du régime chez les albuminuriques, chez les goutteux, ou chez les différentes catégories de diabétiques. Cela est certainement plus profitable que de chercher dans une abstraction l'explication des troubles nutritifs dont, malgré tant de recherches, nous ne connaissons encore ni la nature intime, ni le mécanisme.

La lecture du livre de M. Mathieu pourrait prêter encore à bien d'autres considérations. Mais, appelé à formuler un jugement sur sa valeur, nous dirons qu'il est parfaitement au courant de la science actuelle, ainsi d'ailleurs qu'on pouvait l'attendre d'un auteur qui a fait des maladies de l'estomac son étude de prédilection. Ce livre vient donc en bon rang dans la collection pourtant déjà si riche des travaux que cette vaste question des dyspepsies a déjà inspirés.

P. M.

LES LIVRES

1° Chez Rueff et Cie, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Formulaire pratique de l'hypodermie, par MM. les docteurs CANCALON et MAURANGE, 1 volume, reliure amateur peau pleine, tête dorée, 3 fr.

La voie hypodermique, méthode précise, sûre et rapide d'expérimentation physiologique, vient d'être habilement étudiée et résumée par MM. Cancalon et Maurange. La première partie de cet ouvrage traite de la technique de l'hypodermie. La deuxième partie est un formulaire proprement dit divisé en trois chapitres :

a) Injections minérales et d'alcaloïdes ;

b) Injections parenchymateuses ;

c) Liquides organiques avec court appendice sur la bactériothérapie et les vaccins chimiques.

Ce livre, au moment où les travaux de Roux ont un si juste retentissement, est de haute actualité.

Manuel de Médecine, publié sous la direction de MM. G. DEBOVE, membre de l'Académie de Médecine, professeur de la Faculté, et CH. ACHARD, médecin des hôpitaux. Tome V : *Maladies du tube digestif, du péritoine, de la rate et du pancréas.*

Ce volume de huit cents pages environ forme la suite d'un ouvrage dont l'éloge n'est plus à faire.

L'appareil digestif, dont le rôle est le plus considérable parmi les différents organes qui concourent à la nutrition générale, se caractérise par la multiplicité des moyens que possède la thérapeutique. L'étude détaillée de tout ce qui s'y rapporte fait de ce volume l'ouvrage par excellence pour l'élève et pour le praticien.

2° Chez Bataillé et Cie, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Les Glandes de l'Urèthre, par E. RELIQUET et A. GUÉPIN (1 vol. in-8°. Prix : 4 fr. Envoi franco contre mandat poste).

L'ouvrage se divise en quatre chapitres.

Le chapitre premier traite de l'anatomie normale des glandes de l'urèthre d'après les travaux les plus récents et les recherches personnelles des auteurs. Le chapitre second étudie successivement la physiologie normale et pathologique des glandes uréthrales. Tous deux seront particulièrement utiles à l'étudiant qui prépare un examen d'anatomie et surtout les concours d'externat et d'internat des hôpitaux.

Les deux derniers chapitres sont uniquement consacrés à l'histoire clinique des prostatites, à leurs causes, leur marche, leur traitement, suivant les âges (prostatites des jeunes, prostatites des vieux ou prostate sénile).

En tête de chaque chapitre, les auteurs ont placé un sommaire analytique facilitant la lecture de l'ouvrage et fixant dans l'esprit les idées capitales développées par la suite.

3° Chez J.-B. Baillière et fils, 19, rue d'Hautefeuille, Paris.

Formulaire des stations d'hiver, des stations d'été et de la climatothérapie, par le Dr DE LA HARPE, professeur de balnéologie à l'Université de Lausanne, 1 volume in-18 de 300 pages, cartonné, 3 francs.

L'exstrophie vésicale et l'épispadias, étude pathogénique par le Dr MARIUS DURAND, ex-interne des hôpitaux, etc. Grand in-8°, 114 pages. Prix : 4 fr.

Des traumatismes crâniens et du mode d'action de la crâniectomie, par le Dr LOUIS MASSON. Grand in-8°, 282 pages. Prix : 6 fr.

Leçons cliniques de chirurgie orthopédique, par le Dr PHOCAS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, etc. 1 vol. in-8° de 524 pages. Prix : 8 fr.

4° Chez Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Memento formulaire des médicaments nouveaux, avec une table alphabétique des indications, par HENRI SOULIER, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon. Broché in 8°, 0 fr. 75 ; cartonné, 1 fr. 25.

Cette brochure forme supplément au *Traité de thérapeutique et de pharmacologie* du même auteur. 2 vol. grand in-8°, 25 fr.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Actes du 10 au 15 décembre 1894.

EXAMENS

LUNDI 10 DÉCEMBRE. — *Médecine opératoire* : MM. Tillaux, Marchand, Poirier. — 3e Oral (1re partie) : MM. Terrier, Delbet. Varnier. — 3e (2e partie) : MM. Potain, Brissaud, Letulle — 1er Chirurgien-dentiste : MM. Farabeuf. Gley. Sebileau.

MARDI 11 DÉCEMBRE. — 2e (2e partie) : MM. Mathias Duval, Quénu, Ballet. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Panas, Nelaton, Bar. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Tarnier, Le Dentu, Poirier. — 4e MM. Laboulbène. Proust. Gilbert. — 5e (1re partie). Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Guyon, Schwartz, Albarran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Duplay, Berger, Brun. — 5e (2e partie), Charité MM. Debove, Marfan, Hallopeau.

MERCREDI 12 DÉCEMBRE. — 2e (2e partie) : MM. Pouchet, Gley, Weiss. — 1er Chirurgien-dentiste : MM. Farabeuf, Retterer, Sebileau. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Ricard, Tuffier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Straus, Landouzy, Déjerine. — 5e (2e partie). Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Letulle, Gaucher.

JEUDI 13 DÉCEMBRE. — *Médecine opératoire* : MM. Le Dentu, Berger, Brun. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Joffroy, Ménétrier. — 1er Chirurgien-dentiste : MM. Pouchet, Quénu, Poirier.

VENDREDI 14 DÉCEMBRE. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Poirier, Weiss. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy. Netter. — 1er Chirurgien-dentiste : MM. Delbet, Retterer, Sebileau. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Ricard, Jalaguier. — 5e (2e partie). Charité : MM. Potain. Straus, Letulle. — 5e (1re partie). Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard. Marchand, Varnier.

SAMEDI 15 DÉCEMBRE. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Hallopeau, Chantemesse. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Raymond, Charrin. — 5e (1re partie). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Panas, Berger, Albarran. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Cornil, Marfan, Roger. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Joffroy, Marie. Ménétrier. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier. Bar.

THÈSES

MERCREDI 12 DÉCEMBRE, à 1 heure. — *M. Valentin* : Contribution à l'étude de la tuberculose myocardique. — *M. Marçais* : Contribution a l'étude des lipômes du cou et de la nuque. — *M. Bagarry* : Du traitement de quelques dermatoses par la méthode ignée. — *M. Guilloud* : Contribu-

tion à l'étude des éruptions de l'antipyrine. — *M. Zysman* : Erythème desquamatif récidivant et hydrargyrie.

JEUDI 13 DÉCEMBRE, à 1 heure. — *M. Raulureau* : Etude sur l'épidémie cholérique de Nantal, 1892-93. — *M. Jeanpierre* : Etude sur une épidémie de variole à Paris pendant les années 1893-1894. — *M. Synéphias* : Des suppurations péri-utérines post-puerperales ou post-abortives et de leur traitement par l'élytrotomie. — *M. Dubar* : De l'emploi du pétrole brut dans les conjonctivites. — *M. Durand* : Contribution à l'étude de la symphyse cardiaque et en particulier de la valeur sémiologique du dédoublement du second bruit du cœur dans cette affection. — *M. Guillard* : Essai sur le traitement de la morphinomanie. — *M. Daguillon* : Contribution à l'étude clinique de la phlébite primitive.

Avis. — Premier examen de doctorat.

Session de janvier 1895.

Les aspirants au grade de docteur en médecine, ajournés au premier examen pendant les deux sessions de *juillet* et *d'octobre-novembre*, pourront renouveler cet examen dans une session spéciale qui sera ouverte dans la première quinzaine de janvier, au siège des Facultés. (Décret du 31 juillet 1891.)

En exécution de ces dispositions, les élèves docteurs ajournés en juillet et en octobre 1894, ou autorisés à subir le 1er examen au mois de janvier 1895, devront consigner les 17 et 18 décembre. Ils subiront le 1er examen du 7 au 12 janvier 1895.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR FOURNIER

M. le Dr Louis Wickham, chef de clinique, fera le jeudi 13 décembre, à 2 heures, salle Henri IV, à l'occasion de l'enseignement clinique, annexe des stagiaires, des démonstrations pratiques (présentations de malades; diagnostic et traitement) et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Concours d'agrégation.

Voici les noms des candidats au prochain concours d'agrégation en médecine :

Paris. — MM. ~~Achard~~, Barbier, Besançon, Paul Blocq, Claisse, Deschamps, Dupré, Duflocq, Gaston, ~~Gilles de la Tourette~~, Girode, Le Dantec. Legry, Lesage, Lion, Mosny, Renou, Thiroloix, ~~Thoinot~~, Vaquez, ~~Widal~~, ~~Wurtz~~.

Bordeaux. — MM. Hobbs, Monjour, ~~Sabrazès~~.

Lille. — MM. Arnould, Brunelle, Legay.

Lyon. — MM. Boyer, Bret, Charmel, Chatin, Collet, Ferrier, Frenkel, Pic.

Montpellier. — MM. Bosc, Lacaze.

Nancy. — MM. Etienne, Specker, Zielgen.

Toulouse. — MM. Dunnic, Morel. Rispal.

Avis aux étudiants, aspirants à l'officiat

En vertu des réglements intervenus entre la Faculté et l'Assistance publique, MM. les étudiants en médecine, aspirants à l'officiat, ne seront pas compris dans le classement officiel des stagiaires.

Ils suivront les services hospitaliers qu'ils choisiront eux-mêmes et produiront des certificats de leurs chefs de service pour prendre leurs inscriptions en janvier, avril et juillet.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

M. le professeur Sée est remplacé pendant la durée de son congé par le Dr Marie. professeur agrégé.

HOPITAUX DE PARIS

La question des malades payants dans les hôpitaux.

M. Dubois a demandé au Conseil municipal qu'on relève le prix de séjour dans les établissements hospitaliers.

L'administration a été invitée à fournir un état constatant le nombre des malades payants traités dans chaque hôpital depuis le 11 janvier jusqu'au 1er novembre 1894, ainsi que le nombre des journées de maladie.

Cet état devra être dressé d'une façon spéciale pour les services de médecine, de chirurgie et d'accouchements. Le Conseil réclame aussi les prévisions de recettes dans le service des enfants débile de la Maternité.

Une autre proposition tendant à instituer une commission spéciale dans chaque hôpital, en vue d'établir une taxe pour les opérations chirurgicales, a été renvoyée à la commission d'Assistance publique.

L'hospitalisation des vieillards.

Des milliers de vieillards (4,150 chiffre officiel) attendent leur admission dans les hospices, et cela pendant des années.

Pour remédier dans une certaine mesure à cette situation, M. Faillet a fait voter par le Conseil municipal la proposition suivante :

Le Conseil, considérant qu'il y a urgence à mettre fin à la cruelle situation des vieillards reconnus admissibles aux établissements hospitaliers ;

Qu'il résulte des documents fournis par la direction de l'Assistance publique que 4,150 vieillards admissibles d'urgence attendent l'hospitalisation depuis plusieurs années ; que cette expectance menace de durer encore longtemps ;

Délibère :

L'Assistance publique est invitée à ouvrir à son budget un crédit de 500,000 francs pour l'année 1895, égale somme pour l'année 1896, afin de donner aux expectants les secours représentatifs d'hospice depuis si longtemps ajournés.

Hôpital Hérold.

Sur la proposition de M. Breuillé, le Conseil municipal a décidé qu'il y a urgence à transformer, dans le plus bref délai, l'hôpital Hérold, place du Danube, en hôpital-dispensaire d'enfants malades.

Crèche Sadi-Carnot.

L'inauguration de la crèche Sadi-Carnot, située rue des Trois-Portes. aux abords de la place Maubert, a eu lieu avant-hier à 2 heures, sous la présidence de M. Poubelle, préfet de la Seine, assisté de M. Champoudry, président du Conseil municipal de Paris; de M. Albert Meurgé, maire du cinquième arrondissement, et des adjoints de la municipalité.

ECOLES ET HOPITAUX DE PROVINCE

Ecole de médecine de Nantes.

Par arrêté ministériel, en date du 22 octobre 1894, deux concours s'ouvriront le 24 avril 1895. devant l'Ecole de médecine de Nantes, pour les emplois de chefs des travaux de physique et d'histoire naturelle.

Ecole de Poitiers.

Deux concours s'ouvriront le 28 avril 1895, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour les emplois de suppléants des chaires d'anatomie et physiologie, de pathologie et clinique chirurgicale et obstétricale, à l'Ecole de médecine de Poitiers.

NOUVELLES

Répartition des fonds du pari mutuel.

La commission de répartition des fonds du pari mutuel s'est réunie mercredi pour examiner les propositions d'allocations faites dans la séance du 17 janvier 1894.

Ont été accordées : Assistance publique de Paris (construction de quatre pavillons d'isolement à l'hospice des Enfants-Malades pour l'application du traitement du Dr Roux contre la diphtérie), 500,000 francs; Création d'un hôpital pour les jockeys et les hommes d'écurie à Chantilly, 100,000 francs; Hôpital-hospice de Périgueux, 200,000 francs; Subvention complémentaire pour la construction d'un hôpital à Montbéliard, 100,000 francs; Construction d'une salle d'opération et achat d'une étuve à désinfection (hospice de la Fère), 6,000 francs; Agrandissement du bâtiment principal de l'hospice de Gap, 18,000 francs; Reconstruction de la Maternité (hospice de Rodez), 20,000 francs; Maternité de Cahors, 100,000 francs; Dispensaire Lenval, à Nice, 1,000 francs; Hospice privé de Saint-Germainmont (Ardennes), 1,000 francs; Département du Cher (acquisition d'une étuve locomobile à désin-

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 50 — 15 Décembre 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

LA *GAZETTE MÉDICALE DE PARIS*

Depuis l'orientation nouvelle que la Direction lui a imprimée, la *Gazette Médicale de Paris* voit, chaque semaine, augmenter le nombre de ses abonnés et de ses acheteurs au numéro.

Nous savons que les praticiens et les étudiants ont surtout prisé, dans notre journal, en dehors des travaux originaux et des leçons qu'il a publiés, le compte rendu très soigné des intéressantes discussions de la Société de Chirurgie, signé, depuis quelques mois, par notre rédacteur en chef lui-même, et les « Notes pour l'Internat » qui occupent plusieurs colonnes de chaque numéro.

Nous voulons faire dorénavant pour la Société médicale des Hôpitaux ce que nous avons fait jusqu'à ce jour pour la Société de Chirurgie ; désormais, nous donnerons donc un compte rendu très détaillé de chacune de ses séances.

La Société de Chirurgie et la Société médicale des Hôpitaux sont celles, en effet, qui intéressent plus particulièrement le praticien.

Il est inutile d'ajouter que nous continuerons à publier les « Notes pour l'internat », dont le succès va toujours croissant, car leur portée dépasse leur titre modeste ; tous, ceux, en effet, qui, après le doctorat, ont des concours à préparer, ne trouvent pas moins d'intérêt que les élèves des hôpitaux ou les praticiens eux-mêmes à lire ces notes et à les méditer.

Enfin, dans chaque numéro, les étudiants trouveront désormais la liste des questions posées, pendant la semaine, aux examens de doctorat, par les juges de la Faculté.

Tous nos abonnements prennent fin au 1er janvier; nous prions donc instamment nos souscripteurs de nous envoyer la valeur de leur renouvellement le plus tôt possible. Nous prenons la liberté de leur rappeler qu'à moins d'avis contraire de leur part, nous ferons présenter la quittance à partir du 15 janvier à ceux qui n'auront pas envoyé le montant de leur abonnement.

Nous prions donc nos lecteurs : 1° de nous adresser la valeur de leur abonnement par mandat-poste ; 2° de joindre à leur lettre, pour éviter toute erreur, une bande du journal.

La Direction.

TRAVAUX ORIGINAUX

Deux cas de zona. — Contagion.

Par M. le Dr Hagopoff.

Nous avons eu dernièrement à l'hôpital de Rothschild, dans le service de M. le Dr Weill, médecin en chef de l'hôpital, l'occasion d'observer deux cas de zona qui ont présenté quelques points intéressants :

Première observation. — Le 15 mai 1894 entrait à l'hôpital un garçon de 14 ans atteint de zona.

Son père est mort d'une maladie de poitrine chronique (crachement de sang, toux, amaigrissement notable) à l'âge de 30 ans. Mère bien portante.

Le jeune malade a eu la rougeole à 4 ans et demi ; depuis, il est sujet aux maux de gorge, aux épistaxis fréquentes et s'enrhume très facilement. Rien à l'auscultation ni à la percussion de la poitrine. Il serait souvent sujet à la diarrhée; en effet, le jour de la consultation sa langue dénotait un certain trouble du tube digestif.

Deux jours avant son entrée à l'hôpital, il eut de la fièvre, au dire de sa mère qui l'accompagnait, et des picotements à la marge de l'anus, sur toute la moitié gauche du scrotum, du pénis et sur la face interne et supérieure de la cuisse du côté correspondant. A la suite de ces picotements l'enfant s'est aperçu d'une sorte d'éruption sous forme de placards érythémateux sur lesquels se sont montrées, dans l'espace de quelques heures, des papules et des vésicules qui auraient gagné successivement tout le pli génito-crural, les faces externe, interne et une partie de la face postérieure de la cuisse gauche, le périnée et presque toute la moitié inférieure de la fesse du côté atteint.

Le malade rapporta cette éruption aux frottements produits par son caleçon qu'il venait de porter et qui aurait été tellement raide et gênant qu'il se serait vu obligé de le quitter la veille de sa maladie.

A son entrée à l'hôpital, nous avons, en effet, constaté des plaques papuleuses isolées et d'autres vésiculeuses confluentes ou isolées sur presque tout le territoire des 2e, 3e, 4e nerfs lombaires, du nerf crural et de plusieurs de leurs branches.

Le lendemain du jour de son entrée. apparut une nouvelle poussée d'éruption zostérienne qui gagnait la face postéro-externe du mollet jusqu'au niveau de la malléole externe et le dos du pied du côté gauche.

Le jeune malade a quitté l'hôpital après trois semaines de séjour environ et le traitement avait consisté dans l'application, sur les parties affectées, d'un mélange de poudre de bismuth et d'amidon.

Deuxième observation. — Une semaine et demie avant son départ, on s'aperçut par hasard qu'un autre enfant malade de la salle présentait un zona lombo-abdominal typique du côté droit. Celui-ci, en effet, était apparu sans être accompagné de fièvre, de picotements ni d'aucun phénomène douloureux, de sorte que l'enfant qui en était atteint ne s'était nullement plaint.

Cet enfant, âgé de 9 ans environ, se trouvait dans le service depuis plus de 3 ans pour un mal de Pott dorso-lombaire avec gibbosité et pour une tuberculose pulmonaire bien avérée. Ce malade occupait le lit situé en face du premier, mais il n'avait pas été plus que tout autre enfant de la salle en contact avec lui.

Même traitement. Guérison au bout de près de trois semaines.

Réflexions. — En dehors de la localisation rare du premier cas de zona à presque tout le membre inférieur gauche sous ses trois formes à la fois (zona lombo-fémoral, zona sacro-génital, zona sacro-ischiatique), ces deux observations nous ont paru intéressantes: ainsi, une semaine et demie avant le départ du premier malade atteint d'herpès zoster, un autre cas de cette affection se manifeste dans la salle; ce fait nous paraît plaider en faveur d'une contagion et, étant donnée l'évolution cyclique de la maladie, en faveur aussi de sa nature infectieuse. D'autre part, de tous les petits malades de la salle un seul est contagionné, non parce qu'il a eu plus qu'un autre des rapports avec le premier malade, mais parce qu'il offre un terrain tout préparé et par son mal de Pott et par sa tuberculose pulmonaire dont la marche reste depuis quelque temps stationnaire. Car, pourquoi n'aurait-il pas contracté un zona avant l'entrée du premier malade, puisqu'il se trouvait dans la même salle depuis plus de 3 ans et toujours dans les mêmes conditions?

Si le second malade possède des éléments suffisants pour pouvoir motiver ainsi l'invasion et la nature de la maladie chez le premier, néanmoins, il n'en existe guère, d'après son histoire, qu'un seul élément, c'est sa prédisposition héréditaire à la tuberculose si l'on peut en croire le dire de la mère du patient. Y aurait-il lieu d'ajouter à cela son état dyspeptique que nous avons noté plus haut et que Parrot a tant soutenu dans ses travaux comme une cause prédisposante?

Quoi qu'il en soit, le rôle que peuvent jouer l'hérédité et le terrain étant insuffisant, il nous faut donc chercher une cause occasionnelle. Peut-on en invoquer les frottements répétés des vêtements que nous avons rappelés à dessein plus haut? S'il est bien évident qu'il ne suffirait pas d'irriter (vésicatoire, teinture d'iode, etc.) un point quelconque du corps d'un tuberculeux et d'un névropathique pour y faire apparaître le zona, on a néanmoins, depuis Charcot, signalé plusieurs cas de zona traumatique.

D'un autre côté, pour Hardy, le refroidissement serait la cause déterminante de cette éruption, opinion qui trouve, en partie, sa justification dans ce fait que le zona apparaît plus fréquemment au printemps, l'enfant y étant plus exposé à cause des intempéries de la saison.

Or, comment expliquer cette fameuse série des trois étudiants rapportée par Walther, qui auraient tous contracté le zona dans la même chambre? En admettant même que tous les trois malades se trouvaient dans les conditions voulues, pourquoi le froid n'aurait-il pas, chez l'un d'eux au moins, donné lieu à une autre affection attenante à cette cause plutôt qu'au zona, celui-ci étant une maladie relativement rare, si ce n'est que parce qu'il existait déjà un germe pathogène spécifique, celui du zona, dont l'apparition pourrait ainsi mieux s'expliquer, et le refroidissement serait, par suite, réduit à une cause secondaire? En effet, revenant à notre deuxième malade atteint de mal de Pott et de tuberculose pulmonaire, si la contagion du zona n'y était pour rien, il aurait pu avoir, par exemple, une nouvelle poussée du côté des poumons déjà malades, plutôt qu'un zona, ou les deux à la fois.

D'après ce qui précède, nous devons donc volontiers incliner devant la théorie parasitaire si chaudement préconisée par Landouzy, Tomasali, etc., et considérer la contagion déjà connue depuis Trousseau comme cause déterminante, malgré que nous n'ayons pu la découvrir chez notre premier malade.

Pour bien nous entendre aussi sur la valeur d'hérédité et sur celle du terrain diversement interprétées par les auteurs, hâtons-nous de dire que la tuberculose, pas plus que la névropathie, ne favorisent par elles-mêmes l'apparition du zona que par leur effet dystrophique, ce qui modifie réellement la signification de cette affection.

En effet, il y a peu de maladies dans lesquelles le zoster ne soit pas impliqué; ainsi ne l'a-t-on pas observé aussi bien dans la scrofule (Fabre), le cancer (Charcot et Cotard), la syphilis (Besnier), la glucosurie (Fabre), la pneumonie (Heusinger), le rhumatisme (Leudet), que dans la dyspepsie (Parrot), le traumatisme (Charcot, etc.) et dans d'autres affections encore moins graves?

M. Letulle, de son côté, a rapporté une série de maladies infectieuses au début ou au cours desquelles s'est manifesté également le zona. Par conséquent, il nous semble plus logique d'admettre l'opinion de cet auteur qui soutient que le zoster infectieux serait secondaire à l'évolution des germes pathogènes capables de troubler la nutrition des éléments nerveux.

Pour ne prendre pour exemple que le mal de Pott qui, sans compter la carie vertébrale, n'est, en somme, qu'une méningo-myélite tuberculeuse, cette maladie, amenant des altérations dégénératives des ganglions nerveux et partant de leurs nerfs, agit absolument comme toute autre affection qui compromettrait la nutrition de l'organisme d'une manière permanente ou passagère, et mettrait ainsi l'individu en état de réceptivité vis-à-vis du germe zostérien, de telle sorte que le zona ne serait qu'une trophoneurose infectieuse de la peau qui, loin d'indiquer la maladie qui la pré-

cède, contrairement à l'opinion de M. le professeur Lenoir, doit être considérée comme une entité morbide distincte, *de nature indépendante*. Car les lésions des ganglions spinaux ni leur marche du centre vers la périphérie n'ont aucun rapport, de *cause à effet*, avec le zona, comme le croyait Bærensprung, toutes ces lésions, pour ainsi dire individuelles, étant occasionnées soit à la suite d'une carie vertébrale (Wagner), soit par le cancer vertébral (Charcot et Cotard), soit à la suite des abcès par congestion, etc. Danielson, Charcot et Eisenlohr n'ont-ils pas rapporté des cas de zona qui n'offraient pour lésions que des névrites interstitielles, existant seules sans lésions grossières des tubes nerveux? On a même observé d'autres cas qui ne présentaient, pour ainsi dire, aucune lésion appréciable.

Conclusions. — En résumé, l'herpès zoster est une dermatoneurose infectieuse et très probablement parasitaire, pouvant survenir, comme l'herpès vulgaire, à titre critique, au cours des maladies capables d'altérer l'organisme plus ou moins profondément. Le premier, on le sait, diffère du second en ce que celui-là est habituellement unilatéral et sans récidive. Les lésions caractéristiques du zona sont des névrites périphériques, interstitielles ou parenchymateuses, suivant la durée de l'affection et peut-être aussi suivant le terrain sur lequel elle apparaît. Mais les autres lésions (ganglionnaires, etc.) n'ont aucun rapport avec celles de l'herpès zoster lui-même qu'elles peuvent accompagner indépendamment. Enfin, si cette affection est surtout fréquente dans la tuberculose, c'est que celle-ci présente un complexus dystrophique par excellence.

Ce sont ces quelques considérations que nous avons cru bien mettre en relief pour montrer que le zona ne doit pas toujours être considéré comme une affection cutanée de mauvais augure.

ANATOMIE

Dans la *Gazette médicale de Paris* du 17 novembre 1894, n° 46, p. 542, j'ai dit quelques mots de l'opinion portée par M. S. Chomatianos sur un récent ouvrage de M. le Dr Bellini (d'Athènes): *Anatomie des organes génitaux de l'homme*. L'analyse ne m'avait pas paru très heureuse.

M. Bellini, que j'ai eu le plaisir de connaître autrefois à Clamart, m'adresse, en même temps qu'une lettre très aimable, une traduction des fragments de son traité auxquels j'ai fait allusion. Je me fais un devoir de les reproduire : ainsi le lecteur pourra comparer l'original à l'analyse, l'auteur au traducteur.

1° *Sur la situation respective des deux testicules* :

« Il est rare que les testicules se trouvent au même niveau dans les bourses. Quelquefois c'est le droit qui va plus bas, mais le plus souvent il paraît que c'est le testicule gauche qui descend un petit peu plus que le droit. Nous avons eu la curiosité, en disséquant à Clamart, de voir cette inégalité sur 205 sujets : chez les cinq c'était la glande droite qui allait plus bas, tandis que chez les autres c'était la gauche.

Wingkelmann prétend que la forme des testicules avait tiré l'attention des sculpteurs grecs, sur les statues desquels il a observé cette petite inégalité. Il paraît qu'il n'avait pas tort d'après ce que nous voyons sur les statues d'antiquité en Olympie, ainsi que sur Hermès de Praxitelle, qui présentent, en effet, une inégalité. Ce petit détail anatomique a été négligé aux statues contemporaines de l'Exposition universelle, ce qui prouve que les sculpteurs d'aujourd'hui sont inférieurs en comparaison à ceux de l'antiquité à ce qui concerne l'exactitude de la reproduction de la nature en tous détails, ainsi qu'à la délicatesse de l'art. »

2° *Sur les vaisseaux* :

« Les anastomoses des veines des bourses en général sont plus riches qu'elles ne sont décrites dans les livres classiques. Sur une préparation anatomique (Clamart) les anastomoses étaient tellement multiples qu'elles couvraient totalement l'épididyme et toutes les deux faces antérieure et externe du testicule, etc. Ce n'est pas sans peu d'étonnement que, dans une préparation anatomique, l'injection a passé des veines à l'artère spermatique sans l'intermédiaire des vaisseaux capillaires, ce qui prouve que, en plus des capillaires, il y avait des vaisseaux dérivatifs qui unissaient les veines aux artères. »

3° *Sur la migration du testicule* :

« La contraction du crémaster contribue à assurer la descente du testicule de sa place primitive jusqu'à l'orifice inguinal interne; puis, dans une seconde période, le testicule franchit l'espace qui sépare l'orifice interne de l'orifice externe. Les couches musculaires du ventre se relâchent et le canal inguinal s'élargit; le testicule glisse entre le feuillet pariétal et le feuillet viscéral du péritoine. Le poids de la glande, la pression de l'intestin et la forme du testicule facilitent cette descente, etc. »

4° *Sur la grandeur du pénis* :

« Dans les musées de Paris se rencontrent des pénis excessivement grands — 30, 35 centimètres — mais il y en a aussi de trop petits — 5 centimètres —. Il y a aussi quelques petites différences suivant les tribus. Ainsi, on croit en général que les habitants d'Orient ont le pénis un peu plus développé. Cadiat dit que ce sont les Arabes qui l'ont le plus grand, tandis que Rectorzik donne la première place aux Turcs. Selon mon confrère et ami, M. Tsamis, qui exerce la médecine en Egypte, ce sont plutôt les indigènes Phellaches qui ont le plus grand organe, presque le double. »

Je laisse à M. Bellini la responsabilité de toutes les idées qu'il défend et de toutes les constatations anatomiques qu'il dit avoir faites. Il a eu, en travailleur qu'il est, le courage d'écrire un livre : je l'en félicite. Je souhaite même à son ouvrage beaucoup de succès. En retour, je fais à l'auteur une prière. Quand l'heure sera venue pour lui d'écrire une seconde édition, que M. Bellini soit assez aimable, s'il désire me faire l'honneur de quelques citations, pour ne pas s'en rapporter à sa seule mémoire; je n'ai pas vu sans quelque regret, qu'après avoir élogieusement parlé, dans son ouvrage, des recherches d'anatomie humaine et comparée que j'ai commencées, il y a quatre ans, et continuées depuis sur le crémaster et le gubernaculum, l'auteur me faisait dire justement le contraire de ce que j'ai toujours dit à mes élèves et écrit dans un long mémoire actuellement sous presse. Pierre Sebileau

REVUE ANALYTIQUE

Pathologie médicale.

Du torticolis mental, par Bompaire, externe des Hôpitaux. Th. Paris, 1894. (Battaille et Cie, éditeurs.)

Sous le nom de torticolis spasmodique, tic convulsif de la région cervicale, spasme fonctionnel du cou, il existe dans la littérature médicale un grand nombre d'observations où se retrouvent à peu près les mêmes grands caractères : mouvements involontaires de flexion ou de rotation de la tête, contracture convulsive ou permanente des muscles du cou. Une variété assez commune des tics de la région cervicale mérite une description à part en raison de sa physionomie absolument originale et typique : elle est

caractérisée, non plus par un trouble organique des muscles ou des nerfs, mais bien par un véritable trouble psychique. Les malades, atteints par cette singulière affection, éprouvent le besoin irrésistible d'exécuter avec leur tête un mouvement convulsif que leur volonté, en quelque sorte paralysée, ne leur permet pas d'enrayer. Le mouvement une fois produit, la même insuffisance de volonté reparaît et, le voulant, ils ne peuvent pas arriver à redresser la tête en corrigeant l'effet produit. Il semble qu'il y ait là une inhibition de la volonté, grâce à laquelle inhibition ce qui n'était qu'un tic devient une sorte de contracture permanente désignée, par Brissaud, du nom de torticolis mental. C'est l'étude de cette bizarre affection qui fait l'objet de la thèse inaugurale de M. Bompaire.

Le travail est divisé en deux parties : dans la première, l'auteur esquisse à grands traits l'histoire générale des spasmes de la région cervicale et aborde la description du torticolis mental, en analyse la nature et détermine sa signification pathologique. La seconde partie est consacrée à des observations des plus instructives.

Le torticolis mental est un syndrôme commun à diverses névroses ou psychoses, telles que l'hystérie, la neurasthénie, l'épilepsie, les spasmes fonctionnels, etc. Il apparaît aussi comme une manifestation isolée de la dégénérescence mentale. Les caractères cliniques n'offrent rien de spécial, mais sa genèse est toute psychique. C'est là surtout ce que l'auteur s'efforce de démontrer et, il faut le reconnaître, démontre victorieusement.

Deux planches photographiques complètent la description du torticolis mental.

De l'impulsion et spécialement de ses rapports avec le crime, par V. Bourdin, interne des asiles de la Seine. Th. Paris, 1894. (Henri Ollier, éditeur.)

Parmi les caractères si remarquables de ces malades désignés, en médecine mentale, du nom de dégénérés, l'un a surtout frappé M. Bourdin, alors qu'il était attaché à un service d'aliénés : c'est le mode d'activité tout spécial de leur esprit qu'on appelle l'obsession. Se demandant alors jusqu'à quel point l'obsession pouvait triompher du libre arbitre et si elle allait jusqu'à déterminer un individu foncièrement honnête à commettre impulsivement un acte délictueux, l'auteur passe en revue les nombreux cas où elle amène l'impulsion irrésistible se traduisant, à son tour par des actes criminels.

L'impulsion se montre surtout chez les héréditaires dégénérés, les épileptiques, dans l'alcoolisme, l'hystérie, l'idiotie, la démence, l'imbécillité ; elle est rare dans la folie confirmée. Les crimes commis par les véritables vésaniques sont, en effet, plutôt une fonction de leur délire qu'une impulsion au sens propre du mot.

L'impulsion entraîne toujours l'irresponsabilité, car elle est involontaire et déterminée par l'obsession qu'on doit considérer comme un véritable réflexe cérébral.

Essai sur la neurasthénie et la mélancolie dépressive considérées dans leurs rapports réciproques, par F. Boissier, interne des asiles de la Seine. Th. Paris. (Steinhel, éditeur.)

Les rapports de la neurasthénie et de la folie ont été presque partout constatés depuis quelques années ; mais aucun ouvrage spécial ne leur avait été consacré. La plupart des auteurs en font un état morbide nettement défini des fonctions nerveuses, quelles qu'en soient les causes premières, et se traduisant par un certain nombre de signes physiques et psychiques constants : céphalées en casque ou en plaques, rachialgie, troubles vaso-moteurs, altérations de la sensibilité générale, dépression, lassitude, découragement, indécision, insomnie, émotivité, etc. Mais personne n'a encore déterminé une place fixe à la maladie dans le cadre nosologique des psychoses. C'est ce que M. F. Boissier a tenté de faire en étudiant les rapports réciproques de la neurasthénie et de la mélancolie sur des malades observés pendant son internat à Villejuif et à Sainte-Anne.

Il est reconnu depuis longtemps que les mélancolies ne peuvent être regardées comme des maladies essentielles ; ce sont des états généraux et comme des expressions symptomatiques de plusieurs maladies absolument diverses. Pour ceux qui veulent voir dans la neurasthénie une entité morbide, la mélancolie peut donc présenter un épisode symptomatique de celle-ci. Mais, comme l'opinion qui prévaut tend à considérer la neurasthénie comme aussi un état général symptomatique, on peut y voir un premier degré de la psychose, une mélancolie atténuée, quoique capable de progresser jusqu'à la vésanie.

L'hérédité a sur les deux affections la même influence préparatrice. Le passage de l'un à l'autre se fait naturellement par simple aggravation des symptômes.

Les périodes pré-vésaniques de la mélancolie n'ont-elles pas été qualifiées de neurasthéniques par quelques auteurs récents ; et d'autres n'ont-ils pas décrit des formes neurasthéniques de mélancolie ?

Symptômes spasmodiques et contractures permanentes dans la paralysie générale, par M. Trénel, interne des asiles de la Seine. Th. Paris, 1894. (G. Steinhel, éditeur.)

L'auteur, mettant à profit les deux années d'internat passées à l'asile de Villejuif, s'est donné la peine de grouper un grand nombre d'observations d'une complication, assez rare en somme, de la paralysie générale, qui, réunies à quelques cas analogues, recueillis dans le service auquel il était attaché, lui ont permis de mettre au point une question, jusqu'à ce jour assez discutée.

On sait que la plupart des paralytiques généraux, à une époque même peu avancée de leur maladie, présentent des troubles de la marche et de la réflectivité musculaire plus ou moins accentuée qui constituent ce que Westphal appelle « la démarche du paralytique ».

Dans un grand nombre de cas, les mouvements deviennent franchement spasmodiques et peuvent prendre des caractères qui les rapprochent cliniquement de la sclérose en plaques et de la paralysie spinale spasmodique.

A une période plus avancée, surviennent de véritables crises de rigidité musculaire avec résistance invincible aux mouvements passifs ; les mouvements actifs restant assez faciles, malgré une raideur de plus en plus accusée.

Chez un petit nombre de malades apparaissent des contractures permanentes, d'emblée ou après des périodes transitoires. Ces contractures débutent, dans la généralité des cas, aux membres inférieurs avec une intensité variable, y restent installées en envahissant plus tard les membres supérieurs.

Dans des cas rares, la paralysie spasmodique peut se compliquer de tremblements convulsifs à l'occasion de mouvements intentionnels, de mouvements choréiques ou athétosiques, de secousses fibrillaires, de parésie ou de paralysie, de nystagmus, etc.

Tous ces phénomènes sont permanents, passagers et peuvent se succéder ou se combiner suivant les modes les plus divers. La variabilité des symptômes cliniques s'explique d'ailleurs par la variabilité même des lésions.

La syphilis n'a pas été particulièrement observée chez les

paralytiques généraux à courbature; si ce n'est peut-être là où surviennent des atrophies musculaires qui sont rares.

Telles sont les conclusions qui découlent de l'intéressant travail de M. Trénel. M. B.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Suppuration des fractures fermées.

Krecke (*Münchener med. Wochenschrift*, 1894, n° 35) cite différents cas de fractures non compliquées, qui ont présenté des phénomènes de suppuration pendant leur évolution, phénomènes toujours consécutifs à une infection d'nn autre point de l'organisme. Dans ces cas, on trouve toujours chez le malade soit un panaris, soit une plaie infectée, ou bien même une infection intestinale ou pulmonaire. Il semblerait que, dans ces conditions, l'infection d'un organe quelconque donne naissance à une nouvelle infection au niveau du foyer de fracture, comme à un lieu de moindre résistance.

De plus, l'auteur appuie ces différents faits d'une observation qui lui est personnelle. Un enfant, âgé de qnatre ans et demi, de constitntion faible, présentait chaque soir une fièvre plus on moins élevée, due à une coxalgie arrivée à la période de suppuration. La résection de l'articulation coxo-fémorale fut décidée. Pendant l'opération, au moment où l'on faisait exécuter un mouvement de rotation à la cuisse pour faire la section des muscles qui s'insèrent au grand trochanter, le fémur se fractura à sa partie supérieure. Quelques jours plus tard, l'enfant fit tout à coup une poussée de fièvre; il n'y avait aucune réaction inflammatoire ou autre à l'endroit même où avait porté l'opération; mais au siège de la fracture, apparut un ahcès assez volumineux, mais, nullement tuberculeux. L'abcès une fois ouvert, la fracture évolua ultérieurement sans accident. Quelle interprétation convient-il de donner à des faits de cè genre? Krecke exclut l'idée d'une infection transmise directement d'un point malade de l'articulation de la hanche jusqu'au fémur, mais admet volontiers que les microbes de la suppuration aient suivi la voie sanguine.

Nécrose phosphorée.

Jost (*Beitrage zür klin. Chirurgie*, Bd. XII), s'appuyant sur dix-neuf observations et sur ses recherches personnelles dans quelques fabriques d'allumettes, ne croit pas, contrairement à l'opinion émise par quelques auteurs, que la nécrose phosphorée soit devenue plus rare ces dernières années; il lui semble, au contraire, qu'elle est en voie d'accroissement. Cette maladie donne 21.43 0/0 de mortalité; mais, si l'on ne considère que les cas traités, on obtient des résultats plus favorables. Le chiffre de la mortalité s'abaisse en effet dans ces conditions à 15.5 0/0.

Sur les différents cas observés par cet auteur, onze fois la mâchoire supérieure était seule prise, sept fois seule la mâchoire inférieure. Dans les premiers cas, il y avait 11 0/0 de mortalité; dans les derniers, 33 0/0. En même temps que la mâchoire inférieure, deux fois l'os zygomatique était atteint. De la mâchoire supérieure, dans un cas mortel, Jost a vu l'affection se propager jusqu'aux os de la hase du crâne. Dans quatre des sept cas féminins relatés par Jost, la maladie commença pendant la grossesse.

De plus, l'auteur est persuadé que l'on pourrait faire plus encore pour préserver les ouvriers de la nécrose phosphorée. C'est là la conviction qu'il s'est faite après visite dans plusieurs fabriques.

Jost croit que la nécrose phosphorée n'est qu'une simple périostite avec osteite aboutissant à la nécrose, car elles s'attaquent à un os ayant subi au préalable une altération sclérense sous l'influence du phosphore lui-même. Ce qui lui permet d'arriver à cette conclusion, c'est qu'il a vu, chez beaucoup d'ouvriers indemnes d'accidents nécrosiques, des symptômes d'ostéo-sclerose.

Dans les cas de nécrose phosphorée, il faut intervenir aussitôt et aussi rapidement que possible. D'une opération faite à temps, l'auteur attend les meilleurs résultats relativement à la régénération osseuse.

Abcès et tumeurs dn cerveau.

Von Beck (*Beitrage zur klin. Chirurgie*, Bd. XII) vient de faire paraître nn travail complet et consciencieux sur les abcès et les tumeurs du cerveao, au point de vue étiologique, clinique et thérapeutique.

1° Les abcès du cerveau doivent être distingués, d'après leur origine, en abcès traumatiques, en abcès succédant à une lésion de l'oreille et en ahcès sans cause connue; d'après leur durée, en abcès aigus, subaigus et chroniques; d'après leur siège, en abcès de la substance corticale et de la substance médullaire. Une statistique de 76 cas donne 40 guérisons; mais le pronostic n'est pas toujours aussi favorable, car, à Heidelberg, sur 10 malades, 5 furent opérés sans qu'il y ait de cas de guérison. Dans un cas, la mort était survenne par récidive; dans d'autres cas, il y a une trop grande partie de substance cérébrale détruite pour que la réparation puisse être espérée; enfin, diverses autres complications peuvent encore enlever le malade. Pour von Beck, le diagnostic d'abcès dn cerveau une fois posé, si le malade n'est pas sous le coup d'autres accidents ou si ces derniers ne sont pas à redouter, il faut opérer sans hésitation.

Où doit-on aborder la collection purnlente? Si c'est un abcès traumatique, on opérera évidemment au niveau même de l'endroit où la lésion s'est produite. Si c'est un abcès ayant son origine à l'oreille, on l'abordera par l'apophyse mastoïde. Après l'ouverture, il fandra laver avec des solutions antiseptiques et faire le drainage. Ce dernier point a une grande importance, car il empêche les parties molles qui constituent la substance cérébrale de s'accoler, commes elles y auraient une grande tendance. C'est pour cette même raison qu'il ne faut pas craindre de mettre dans la plaie des tampons de gaze iodoformée. Par ces moyens, on obtiendra une évacuation complète du pus. Il est évident qu'en ce qui concerne les lésions de l'oreille, une prophylaxie bien entendue les empêchera de se compliquer d'abcès du cerveau.

2° Sur 38 cas de tumeur du cerveau, von Beck a obtenu 14 fois la guérison complète, 4 autres de ses malades sont actuellement en bonne voie de convalescence. A ces cas l'auteur en ajoute trois autres : un sarcôme névroglique du lobe pariétal droit qui a nécessité trois interventions suivies chaqne fois d'amélioration. La vie du malade fut prolongée de 3 ans 1/2. Un autre gliôme du lohe pariétal gauche. La mort suivit l'opération de quatre jours. Elle était due à l'hydrocéphalie dans l'intérieur des ventricules. Le dernier cas se rapporte à des phénomènes d'épilepsie jacksonnienne occasionnés par une tumeur et qui ont cédé après l'ablation de cette dernière.

On voit par suite de cette statistique que le traitement chirurgical des tumeurs du cerveau donne de bons résultats à peu près aussi souvent que ce ni des abcès de cet organe. Mais il y a des cas où en face d'une tumeur cérébrale il faut s'abstenir : ainsi si la tumeur est liée à des phénomènes de métastase, s'il y a de sérieuses complications, si l'on n'a pas de notions assez exactes sur le siège et les dimensions de la tumeur. On tiendra la même conduite en présence d'nne tumeur de la base.

Si, après l'ouverture du crâne, on se rend compte que l'extirpation totale de la tumeur est impossible, on est autorisé à ne faire qu'nne extirpation partielle, si l'on espère en tirer quelque bénéfice au point de vue de l'amélioration du malade on de la prolongation de son existence.

Avant d'opérer le chirurgien devra toujours s'enquérir avec soin de tous les différents points énumérés plus haut, et alors suivant le cas il s'abstiendra, fera une extirpation partielle ou totale.

AMÉRIQUE

Appendicite oblitérante.

Senn *(Journ. of the Amer. Med. Associat.)* attire l'attention des praticiens sur une forme d'appendicite, bien définie au point de vue anatomique et au point de vue pathologique, mais dont on n'a pas, jusqu'ici du moins, donné de description à part. Les caractères de cette maladie qu'on appellera : *Appendicite oblitérante* sont décrits dans les conclusions que voici :

1° L'appendicite oblitérante est une forme relativement fréquente d'inflammation chronique de l'appendice vermiculaire.

2° Elle est caractérisée par une oblitération progressive de la lumière de l'appendice, par la disparition graduelle de la couche épithéliale et du tissu glandulaire et la production de tissu granuleux. Ce tissu granuleux provient de la couche de tissu connectif sous-muqueux qui, par transformation en tissu cicatriciel, cause la mort des restes du tissu glandulaire et finalement conduit à l'oblitération.

3° Le processus oblitérant montre une tendance progressive et peut, en fin de compte, causer une destruction complète de tout le tissu glandulaire et une oblitération totale de la lumière de l'appendice.

4° Les altérations pathologiques du début se présentent, soit dans la membrane muqueuse de l'appendice sous la forme d'une simple ulcération, soit comme un processus interstitiel qui suivrait l'infection lymphatique.

5° Les symptômes les plus constants qui accompagnent cette forme d'appendicite sont : des exacerbations aiguës de peu de durée, un gonflement modéré au niveau du siège du mal ; une sensibilité qui persiste dans la région de l'appendice, aux intervalles des exacerbations.

6° La marche de l'oblitération peut débuter à l'un ou l'autre bout de l'appendice ou bien au milieu ; elle peut encore débuter dans les deux extrémités simultanément ou à la suite en différents points de l'appendice.

7° L'oblitération qui commence à l'extrémité initiale de l'appendice donne lieu à la rétention des matières septiques, puis, par voie lymphatique, celles-ci donnent naissance à des lymphangites non suppurées et à des lymphadénites.

8° La péritonite circonscrite est une complication presque constante de l'appendicite oblitérante. Elle hâte même la marche de l'oblitération.

9° L'oblitération complète de la lumière de l'appendice provoque une guérison spontanée et permanente.

10° Enfin, en vue de la prolongation du mal qui ne s'arrête que par la cure radicale et spontanée due à l'oblitération progressive ; en raison, d'autre part, des dangers qui peuvent accompagner cette maladie, il faudra faire une opération radicale et ne pas la différer plus longtemps aussitôt qu'un diagnostic positif aura été porté.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 décembre.—Présidence de M. Lucas-Championnière.

Les polypes naso-pharyngiens.

M. Verneuil. — Permettez à un revenant de défendre encore la cause pour laquelle il a déjà beaucoup plaidé. C'est du traitement des polypes naso-pharyngiens que je veux vous entretenir. Les polypes naso-pharyngiens ! Je les croyais disparus à tout jamais depuis si longtemps que le silence se faisait autour d'eux. Mais il paraît qu'ils font un retour offensif ; M. Nélaton me disait, il y a un instant, qu'il en connaît six ou sept en cours de traitement. Bon moment, n'est-il pas vrai ? pour reprendre les vieilles discussions.

Un conflit vient de s'engager, au sein de cette Société, entre la cure par les méthodes promptes et la cure par les méthodes lentes. C'est M. Tuffier qui a engagé le combat par la présentation d'un malade à qui il a pratiqué la restauration immédiate de la voûte et du voile palatins, après ablation du polype par la voie maxillaire. Puis, M. Quénu a rapporté l'histoire d'un autre malade pour lequel il s'est comporté de la sorte après avoir fait une première opération palatine suivie, comme la seconde, d'une récidive rapide.

M. Quénu. — Mais non ; il y a eu récidive seulement après l'opération palatine.

M. Verneuil. — Et la seconde fois ?

M. Quénu. — Je ne sais pas ; le malade est opéré seulement depuis quinze jours.

M. Verneuil. — Je n'assistais pas à la séance ; les journaux en ont donné un compte rendu très écourté et très imparfait. J'ignorais.

M. Quénu. — Celui de la *Gazette Médicale* était très exact.

M. Verneuil. — Le malade de M. Quénu a donc eu une récidive après une première intervention ; celui de M. Tuffier en est resté, jusqu'à ce jour, indemne. Je dis « jusqu'à ce jour », car nous savons tous que huit mois sont insuffisants pour juger la question. Puis, M. Nélaton est venu résolument combattre la restauration immédiate, fort de l'enseignement de son illustre père, et M. Kirmisson a emboîté le pas.

Au reste, personne, dans cette discussion, n'a été absolu : MM. Championnière, Quénu et Tuffier eux-mêmes ont fait de l'éclectisme et ont reconnu qu'il y a des cas où la cure, par les méthodes lentes, donne de très heureux résultats.

Eh bien ! cette cure lente, que la plupart d'entre vous semblent n'adopter que comme un pis aller, me paraît, à moi, être la méthode de choix ; j'en suis le partisan convaincu et j'en veux rester, comme autrefois, l'ardent défenseur.

Je commence par dire à M. Quénu : Je pense, comme vous, qu'il y a deux sortes de polypes naso-pharyngiens : les sarcômes, qui sont beaucoup plus rares, et les fibrômes. Parmi ces derniers, il faut distinguer les tumeurs qui sont complètement et définitivement des fibrômes et celles qui sont temporairement des fibrômes, c'est-à-dire qui, lorsqu'on les taquine, lorsqu'on les tourmente et qu'on met des entr'actes trop longs dans leur cure, deviennent des sarcômes.

Mais, pour moi, cette reconnaissance des deux variétés de polypes naso-pharyngiens n'implique nullement une différence de méthode thérapeutique, et presque toujours, sinon toujours (quatre-vingt-quinze fois sur cent au moins), c'est la cure lente qui, de mon avis, doit être employée.

Et notez bien une chose : c'est que moi, qui défends aujourd'hui ces cures lentes appliquées par la voie palatine, je suis précisément celui qui a attaqué autrefois la parcimonieuse incision palatine de Mandl et la résection trop maigre de la voûte palatine pratiquée par Nélaton. C'est moi qui, jusqu'en 1860, ai défendu la résection du maxillaire supérieur avec Robert, Flaubert, Michaux. Certes, on me parlait bien d'hémorrhagies survenant au cours de cette résection de la mâchoire. Mais je répondais, avec Gosselin : « Ces hémorrhagies ne sont jamais mortelles »...

Mais depuis, comme j'ai dû en rabattre de cette audacieuse opinion ! En 1870 j'opère un malade ; il meurt quasiment dans mes mains ; je lis les observations des autres chirurgiens et j'y vois, entre autres malheurs, ceux de Bourienne, de Deguise, de Dumesnil, de Demarquay. Et à combien de pages des anciens comptes rendus de l'Académie de Chirurgie et des mémoires de votre Société ne retrouvez-vous pas ces mots : « On dut remettre l'opération au lendemain », ou bien ceux-ci : « Après l'opération le malade était d'une faiblesse extrême » ?

Toute cette curieuse histoire du traitement radical des polypes naso-pharyngiens, je l'ai reprise pour la rédaction d'un long chapitre que j'ai écrit pour le sixième (ce sera, sans doute, Messieurs, le dernier)...

M. L. Championnière.— Nous savons, Monsieur Verneuil, que vous vous trompez et nous le souhaitons tous ardemment.

M. Verneuil. — Le sixième volume de mes mémoires. C'est dans ce chapitre que je fais un retour, moi l'ancien défenseur de la résection du maxillaire, aux méthodes lentes, de douceur. Et pourquoi ce retour? Voici pourquoi. J'ai dit, il y a longtemps: « Il y a un critérium absolu de la valeur comparative de toute intervention pour une maladie donnée; celle-là doit être la méthode de choix qui est la plus efficace, la plus simple, la plus bénigne ». L'exérèse extemporanée est-elle plus efficace? Non, puisque vous savez comme moi qu'elle ne constitue point une sauvegarde contre la récidive. Est-elle plus simple? Vous m'accorderez, je pense, qu'il n'y a pas de comparaison à établir, à cet égard, entre la section palatine et la résection de la mâchoire. Je ne connais guère que la rhinotomie médiane, excellente intervention, qui soit aussi simple que la constitution de la brèche palatine. Enfin, l'exérèse extemporanée est-elle plus bénigne? Non, assurément, elle est au contraire bien plus grave; tout en fait foi.

Donc, il faut recourir, dans la grande majorité des cas, à la méthode lente et je pose en principe que, dès qu'on touche au polype naso-pharyngien, il faut abandonner l'instrument tranchant.

Et puis, comme on l'a dit, cette méthode lente, elle vous oblige à laisser la brèche ouverte, et par cette brèche vous surveillez la récidive. Est-ce donc peu de chose cela? Je sais bien que M. Quénu répond: «Par derrière le voile on explore facilement.» Entendons-nous. Oui, vous la trouvez, la récidive; mais vous la trouvez seulement quand déjà elle a atteint des proportions considérables et vous perdez ainsi un temps précieux; car, rappelez-vous bien ceci: c'est qu'il ne faut abandonner la cure d'un polype naso-pharyngien que quand elle est complète, définitive; ne mettez pas d'entr'acte; c'est pendant ces entr'actes que souvent s'opère la transformation du fibrôme en sarcôme.

Au reste, s'il y a récidive, comment ferez-vous pour opérer à nouveau, puisque vous suturez votre voile, que vous faites de la restauration immédiate? « On refend; c'est tout simple » dit M. Championnière. Oui, c'est simple; mais pensez-vous donc que l'idéal soit d'imiter mon ami Ollier qui dut, à quatre reprises différentes, fendre le nez restauré de son malade à qui il avait appliqué son procédé nasal, qu'entre parenthèses je trouve peu recommandable?

Voulez-vous même savoir tout le fond de ma pensée? Le voici: MM. Championnière, Quénu, Kirmisson vous disent: « Aux petits polypes, petits moyens, c'est-à-dire section palatine; aux gros polypes, grands moyens, c'est-à-dire résection maxillaire. » Eh bien! moi, je renverse la proposition, et je dis: Plus un polype naso-pharyngien est anatomiquement grave, plus s'impose à nous l'obligation d'employer un procédé simple, facile, parce que c'est aux malades graves qu'il faut, autant que possible, appliquer les procédés qui nécessitent de leur part le moins d'efforts pour résister à l'acte chirurgical. Le souvenir me restera toujours de cet infirmier de l'Hôtel-Dieu qui me fut autrefois envoyé à la Pitié avec un polype naso-pharyngien si étendu qu'il pénétrait dans toutes les cavités de la face et rendait celle-ci absolument difforme. Après avoir fendu le voile, et avoir réséqué une partie de la voûte palatine — toujours en me servant du thermocautère — je pus enlever une partie de la tumeur avec l'écraseur de Chassaignac le surlendemain de cette première opération. Puis, les jours suivants, je creusai dans le pédicule qui restait plusieurs puits au thermocautère, et lentement, peu à peu, pendant plusieurs mois, je cautérisai le fond et les parois de ces puits avec l'acide chromique, jusqu'à ce qu'enfin la guérison définitive fût obtenue, les lobes secondaires de la tumeur s'atrophiant au fur et à mesure de la disparition de la masse principale, ainsi qu'autrefois Nélaton l'avait déjà remarqué. Ce malade est aujourd'hui un beau et solide garçon: sa voix est un peu nasillarde, mais c'est là un petit inconvénient. Au reste ne pourrais-je pas, si le malade le désirait, faire appliquer un obturateur en caoutchouc qui suffirait au rétablissement de la fonction?

Voilà la méthode que je conseille. Je termine en disant que la résection du maxillaire supérieur a un autre inconvénient: pratiquée sur un enfant jeune, elle déforme considérablement la face, parce que l'autre mâchoire se développe ultérieurement et que le côté sur lequel a porté l'action chirurgicale paraît plus tard atrophié, ratatiné, disgracieux.

M. Picqué. — Depuis quelques mois j'ai opéré trois polypes naso-pharyngiens et mon maître, le professeur Berger, en a opéré un quatrième avec mon assistance. Chez tous, c'est la méthode palatine qui a été employée. Il me paraît qu'il y a quelques conclusions pratiques à tirer de l'observation de ces faits.

Chez aucun des quatre malades dont je parle, la restauration immédiate n'a été pratiquée; chez l'un d'eux, au bout de six mois, la restauration s'est faite spontanément.

Chez mes opérés, l'hémorrhagie immédiate a été fort importante; chez l'un d'eux, j'ai même observé le sixième jour une perte de sang très abondante qui a nécessité un nouveau tamponnement et le patient de M. Berger a présenté un accident analogue. En passant, je fais remarquer qu'il m'aurait été très difficile d'appliquer ce tamponnement secondaire si j'avais tenté la restauration immédiate. A quoi faut-il attribuer cette hémorrhagie secondaire? Je ne sais. Toute la tumeur avait été enlevée; à la vérité, il y avait, dans le pharynx, d'abondantes végétations adénoïdes. Sur un autre de mes opérés, chez lequel il ne restait d'ailleurs aucun fragment de tumeur, des hémorrhagies apparurent au bout d'un mois qui anémièrent beaucoup le patient; la récidive s'était faite sur le pédicule et pourtant il s'agissait d'un fibrôme en apparence très pur: quelques cautérisations au chlorure de zinc et au galvano-cautère eurent vite raison de cet accident.

Au résumé, je crois pouvoir dire: à moins qu'il s'agisse d'un énorme polype ayant envahi chez un adulte toutes les cavités de la face, — auquel cas c'est la résection du maxillaire qu'il faut pratiquer — la méthode de choix me paraît être la méthode palatine sans restauration extemporanée. Aux formes vasculaires, télangiectasiques, c'est le procédé de l'ablation de la mâchoire qu'il faut appliquer; il permet d'enlever plus vite la tumeur et met, par conséquent, mieux à l'abri de l'hémorrhagie.

J'ajoute enfin que la trachéotomie préventive, que j'ai défendue devant vous l'an dernier, me paraît absolument inutile. C'est sur le conseil du professeur Berger que je l'ai abandonnée.

M. Berger. — Trois points sont, au résumé, en discussion: 1° L'exérèse immédiate est-elle préférable ou non aux méthodes lentes? 2° Quelle est la meilleure, de la voie palatine ou de la voie maxillaire faciale? 3° Que faut-il penser de la récidive et quel est le meilleur traitement à diriger contre elle?

Premier point. — Il y a longtemps que j'ai vu pratiquer pour la première fois, par Denonvilliers et Nélaton d'abord, plus tard par Gosselin, enfin par Trélat, la méthode de la cure lente. Nélaton, après avoir fendu le voile et réséqué la voûte, employait l'électrolyse; Gosselin employait le chlorure de zinc; Trélat, la cautérisation ignée. C'est cette méthode de la cure lente que j'ai employée chez un certain nombre de malades, et, si je m'en suis bien trouvé d'une façon générale, je dois dire aussi que j'ai toujours été frappé par la longueur du temps nécessaire à la guérison, par la suppuration abondante, l'état demi-septique des opérés, leur notable affaiblissement. Même, il m'est arrivé une fois de me trouver dans l'obligation de suspendre le traitement et d'envoyer un malade à Nice, pour lui permettre de restaurer un peu son état général; pendant cette trêve, la récidive est survenue. Mon avis est donc que, si l'emploi de la cure lente est quelquefois nécessaire, il vaut mieux cependant, dans la majorité des cas, avoir recours à l'exérèse en un temps, en réservant la première aux énormes polypes qui ont envahi toute la face.

Deuxième point. — A mon avis, la voie palatine est la méthode de choix. Elle est bien plus simple et bien plus bénigne que la résec-

tion de la mâchoire. Ce n'est cependant pas qu'elle soit dépourvue de tout élément tragique. L'hémorrhagie est souvent abondante; la périphérie du polype saigne beaucoup.

Dans ces cas, la position de Rose est excellente; grâce à elle, on peut se dispenser de faire de la trachéotomie préventive, car elle empêche le sang de tomber dans les voies respiratoires. Si effrayante qu'elle soit dans certains cas, cette hémorrhagie cède à deux moyens : 1° à la compression forte pratiquée à l'aide des éponges (plusieurs éponges sont nécessaires et il faut comprimer au fur et à mesure qu'on avance dans l'opération); 2° à l'extirpation rapide et complète de ce qui peut rester de la tumeur; il faut aller vite et, dès que l'hémorrhagie menace, redoubler d'activité et arracher le pédicule.

Troisième point. — Que seraient devenus nos malades, à M. Picqué et à moi, si nous avions pratiqué chez eux la suture palatine? M. Picqué a dû faire une compression serrée; comment aurait-il pu enlever ces tampons? Et, dans le cas où il a dû faire une compression secondaire, comment aurait-il pu s'y prendre? Voilà une des raisons pour lesquelles je ne suis pas partisan de la restauration immédiate. Enfin, il y en a une autre : c'est la possibilité de la récidive et la nécessité où nous sommes de lutter contre cette récidive dès qu'elle apparaît. Ce n'est qu'à cette condition que je me déclare partisan de l'exérèse immédiate.

Quant à la question de nature des tumeurs naso-pharyngiennes, je ne veux pas l'aborder; je dirai simplement que beaucoup de ces énormes tumeurs qui récidivent et qui paraissent avoir tous les caractères du sarcôme guérissent fort bien au bout d'un certain temps et ne sont en réalité que des fibrômes. Ce sont, si l'on veut, des fibrômes jeunes, un peu diffus, mais ce ne sont pas des sarcômes.

M. Quénu. — Si nous voulions aller au fond de cette question sur laquelle on discute depuis trois semaines à la Société de Chirurgie, c'est quinze séances qu'il nous faudrait. Quatre points sont en litige : 1° La nature des polypes naso-pharyngiens; 2° le choix de la méthode qui leur convient le mieux; 3° le choix de la voie par laquelle ils sont abordables; 4° le bénéfice ou le danger de la restauration immédiate.

Première question. — La question de la nature des tumeurs naso-pharyngiennes qui, pour beaucoup de mes collègues, passe au second plan, est cependant, selon moi, le point important, celui qui domine tout. Si vous mettez tous les polypes naso-pharyngiens dans le même sac, vous arriverez à d'étranges conclusions. Il y a, je le répète, des fibrômes et des sarcômes, ou, si vous voulez, des fibrômes vieux et des fibrômes jeunes, comme dit M. Berger, car le fibrôme jeune n'est pas autre chose que du sarcôme. Cautérisez les fibrômes si vous voulez; mais ne cautérisez pas les sarcômes. Citez-moi donc des exemples de sarcômes quelconques qui, traités par ces longues et irritantes méthodes que vous appliquez aux polypes naso-pharyngiens, n'aient pas repullulé très vite. Car vous parlez de récidive; mais je me demande si justement ce n'est pas l'usage de ces cautérisations de toutes sortes qui la favorise et la rend relativement si fréquente. Et, en effet, il faudrait s'entendre un peu sur ce mot récidive. Vous laissez une portion de la tumeur; elle repousse; cela est tout naturel. Est-ce donc cela la vraie récidive?

Deuxième question. — C'est donc de la méthode rapide que je suis partisan, puisque contre les fibrômes simples elle vaut — au minimum — la méthode lente et que, en ce qui concerne les sarcômes, la méthode lente est détestable. Vous parlez d'hémorrhagie; mais on s'en rend facilement maître. M. Berger a raison de nous conseiller d'opérer vite. Ces tumeurs ne saignent vraiment que quand elles sont télangiectasiques, qu'elles ressemblent à de véritables angiômes. Or, ne savons-nous pas qu'en matière d'extirpation d'angiôme, c'est quand on enlève toute la masse d'un seul coup, largement, qu'on évite les pertes de sang? Si on s'attarde, si on coupe au travers de la tumeur, c'est alors que l'hémorrhagie devient abondante.

Troisième question. — Pour la voie à suivre, je me range à l'opinion de M. Berger. En règle, c'est la voie palatine qu'il faut choisir, il faut réserver la résection du maxillaire pour les cas où on a des doutes sur l'étendue de la tumeur, ses prolongements, sa nature sarcomateuse.

Quatrième question. — J'ai dit déjà ma façon de penser sur le reproche fait à la restauration immédiate d'empêcher la surveillance de la récidive; je n'y reviens pas. Pour moi, cette objection est sans valeur. Je veux seulement répondre un mot à M. Picqué. « Je n'aurais pas pu comprimer, a-t-il dit, quand j'ai eu une hémorrhagie secondaire si j'avais pratiqué la restauration immédiate. » Eh bien! précisément, vous auriez comprimé beaucoup mieux, car le voile du palais vous aurait fourni un point d'appui que vous n'aviez pas.

Un dernier mot pour finir : Par les méthodes lentes, vous infligez pendant longtemps au malade une infirmité dont il souffre et, quoi que vous fassiez, un appareil prothétique est toujours insuffisant.

Gastrostomie.

M. Segond. — Voici — dans la salle à côté pour qu'il n'entende pas — un malade atteint d'un cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Je lui ai pratiqué la gastrostomie par le procédé classique. J'ai fait une grande incision cutanée et une toute petite incision stomacale; j'ai ouvert sur la petite courbure. Le malade ne perd ni les aliments, ni le suc gastrique. Je me demande pourquoi on a inventé tant de repères pris sur la paroi abdominale pour permettre au chirurgien de découvrir l'estomac. Que de lignes inutiles! Farabeuf décrit cette opération en quelques mots et ils sont largement suffisants. Contre mon habitude, j'ai fait ici l'opération en deux temps; je n'ai point eu à me louer de cette dérogation à ma conduite ordinaire. Pour ouvrir l'estomac, deux jours après, j'ai eu quelque peine et j'ai enfoncé mon bistouri un peu à l'aveugle. Pour l'estomac, comme pour l'intestin, il me paraît meilleur de finir l'opération séance tenante et d'ouvrir aussitôt que la suture est finie; cela est plus facile.

M. Berger. — On évite cette difficulté en traversant la paroi gastrique avec un fil; il suffit de tirer sur celui-ci, la paroi est soulevée par lui, alors l'incision ne peut pas s'égarer.

M. Reclus. — Dans l'espèce, vous ne pouvez pas conclure de l'estomac à l'intestin. Pour l'estomac vous pouvez rencontrer quelques difficultés, mais, quand on fait un anus contre nature, on sort de l'abdomen une anse tout entière; on est donc bien sûr de tomber dans la cavité.

M. Segond. — Je m'excuse de cette échappée. Ce que dit mon ami Reclus est vrai; les difficultés ne sont pas les mêmes quand on opère sur une anse tout entière extraite de l'abdomen.

M. Peyrot. — Oui; il y a en effet quelquefois de grandes difficultés et il est presque impossible, chez certains malades, de retrouver la paroi gastrique. Une fois j'ai tâtonné dix jours avant d'ouvrir la cavité de l'estomac. Je suppose, bien entendu, le cas où on pratique une petite incision gastrique, ce qui est nécessaire.

M. Verneuil. — En effet, le procédé classique est excellent. Un de mes malades perdait si peu de liquide par sa fistule, et buvait par l'abdomen une telle quantité d'alcool, qu'il en est mort.

M. Le Dentu. — Les résultats sont, en effet, excellents, et il est inutile de faire appel à des procédés plus compliqués. Il est quelquefois difficile d'ouvrir l'estomac dans l'opération en deux temps. Aussi me semble-t-il préférable de terminer de suite; d'autant plus que quarante-huit heures perdues, c'est beaucoup pour un malade qui, on peut le dire, meurt de faim.

M. Michaux. — Deux fois, j'ai éprouvé de grandes difficultés à ouvrir l'estomac quarante huit heures après la gastropexie. J'avoue que j'ai enfoncé mon bistouri un peu au hasard.

M. Schwartz. — Je n'ai jamais eu de pareils ennuis, et l'incision secondaire de l'estomac m'a toujours paru très simple. Je l'ai pratiquée cinq fois.

Bouton de Murphy.

M. Quénu. — Une malade très profondément affaiblie, syncopale, est morte quarante-deux heures après une gastro-entéro-anastomose. Voici l'estomac et l'intestin. Les adhérences étaient si solides que j'ai pu dévisser les deux cylindres du bouton de Murphy sans les décoller.

J'opère maintenant en incisant d'emblée et en faisant la suture après coup. On gagne ainsi du temps et on peut, dans le faufilage, passer le fil plus près des parois du bouton dont les deux cylindres s'adaptent mieux, car il reste alors un bourrelet de tissus moins considérable.

Kyste hématique de la capsule surrénale.

M. Routier présente un kyste hématique de la capsule surrénale contenant 1,500 grammes de liquide.

Pierre Sebileau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 11 décembre 1894.

M. le secrétaire annuel lit le rapport général sur les prix décernés en 1894.

M. le président donne lecture des prix proposés pour les années 1895, 1896 et 1897.

La séance est levée. J. P.

Nous donnerons la liste des récompenses et celle des prix proposés pour 1895 dans notre prochain numéro.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Addition à la séance du 3 décembre.

Désinfection des matières fécales.

M. H. Vincent communique le résultat de ses expériences, d'après lesquelles le *sulfate de cuivre* est le meilleur agent de désinfection des matières fécales et du contenu des fosses d'aisances, surtout si l'on prend le soin de renforcer son activité en ajoutant, aux matières fécales à désinfecter, 10 0/0 de leur volume d'*acide sulfurique*. Voici les conclusions auxquelles est arrivé M. Vincent :

1° Pour les *selles normales*, putréfiées ou non, mélangées à de l'urine et à la température de 16° en moyenne, la désinfection est obtenue en vingt-quatre heures si l'on emploie une proportion de sulfate de cuivre égale à 6 grammes pour 1,000 centimètres cubes ou 6 kilogrammes pour un mètre cube.

2° Pour la désinfection des *selles des typhiques* et la destruction du *bacille d'Eberth*, la proportion du sulfate de cuivre n'est plus, dans les mêmes conditions que tout à l'heure, que de 5 grammes pour 1,000 centimètres cubes ou 5 kilogrammes pour un mètre cube d'excréments.

3° Pour la désinfection des *selles des cholériques*, il suffit enfin de 3 gr. 50 de sulfate de cuivre pour 1,000 centimètres cubes d'excréments.

Dans les deux derniers cas, douze heures suffisent pour la désinfection. J. P.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 décembre.

De la température pendant l'éthérisation.

M. Angelesco communique les résultats qu'il a obtenus dans ses recherches sur ce sujet et dont voici le résumé :

1° La température s'abaisse pendant tout le temps de l'anesthésie ;

2° Mais l'abaissement est surtout marqué pendant les premier et deuxième quarts d'heure. Dans le premier quart d'heure, il varie entre 0°7 et 1° ; dans le deuxième, il n'est que de 0°.1 à 0°5 ;

3° Cet abaissement continue même pendant le profond sommeil qui suit l'anesthésie : il varie entre 0° 1 et 0° 3 ;

4° Au moment du réveil la courbe de la température commence à s'élever en passant par tous les temps de sa descente.

L'éthérisation refroidit pour les mêmes motifs que la chloroformisation, c'est-à-dire : *a*) l'augmentation du rayonnement des parties découvertes, le repos et l'immobilité ; *b*) le ralentissement des oxydations et la diminution d'absorption de l'oxygène.

Mais pourquoi l'éther refroidit-il davantage que le chloroforme ? M. Angelesco pense que cette différence serait due à ce que l'éther exercerait une vasodilatation et occasionnerait une perte de chaleur plus grande, tandis que le chloroforme produirait de la vasoconstriction. En effet, dans le premier cas, les sujets ont le visage congestionné ; ils l'ont pâle dans le second.

Action des sels sur la digestion gastrique et des acides sur la digestion saline.

M. Dastre communique les résultats d'expériences qui démontrent qu'un excès de sel nuit à la digestion gastrique et que l'acidulation normale de la pepsine qui favorise la digestion gastrique nuit à la digestion des solutions salines concentrées.

Rein granuleux expérimental avec hypertrophie du cœur par toxine diphtéritique.

MM. Enriquez et **Hallion** montrent les lésions du cœur et des reins d'un singe qui reçut 4 centimètres cubes de bouillon diphtéritique filtré en deux injections sous-cutanées pratiquées à huit jours d'intervalle, et qui mourut dix mois après d'hémorrhagie.

Ces deux reins montrent les lésions communes de la néphrite chronique interstitielle ; mais les artères de la voûte comme les artères interlobulaires sont indemnes de toute lésion.

Le ventricule gauche est hypertrophié. Pas de traces d'entérite ni de sclérose ni de dégénération de la fibre musculaire. De ce fait, les auteurs concluent, conformément à l'opinion déjà soutenue par M. Brault, que les lésions artérielles ne constituent pas la condition nécessaire de la sclérose rénale. Ici, l'hypertrophie du cœur était une hypertrophie musculaire, fonctionnelle, indépendante de toute sclérose cardiaque.

Cette observation met, de plus, en relief, les lésions rénales post-diphtéritiques déjà indiquées par MM. Lecorché et Talamon et elle vient s'ajouter aux faits déjà notés par M. Roux au cours de ses recherches. M. Roux, disent les auteurs de cette communication, aurait déjà maintes fois rencontré l'état granuleux des reins chez les animaux sacrifiés longtemps après avoir subi l'intoxication diphtéritique.

Mais quelle est la pathogénie de cette sclérose rénale post-diphtéritique ? Ici, deux hypothèses :

a) Ou bien cette néphrite chronique n'est que le reliquat des lésions rénales aiguës que l'on rencontre si fréquemment au cours de l'intoxication diphtéritique ;

b) Ou cette sclérose, étant donnée l'élimination rapide, par les urines, de la toxine diphtéritique, serait sous la dépendance d'une cause continue semblable aux modifications humorales permanentes qui suivent l'intoxication.

Les propriétés des produits solubles du staphylococcus pyogenes aureus.

M. J. Courmont (de Lyon), au sujet d'une communication faite récemment à l'Académie des Sciences par MM. Mosny et Marcana, sur les propriétés de la toxine du *staphylococcus pyogenes aureus*, rappelle que celles-ci varient suivant le bouillon employé, l'âge auquel la culture est filtrée et le vieillissement du liquide filtré. Cette toxine n'est d'ailleurs qu'un ensemble de plu-

sieurs toxines, parmi lesquelles le microbe fait choix et élabore ce qu'il lui plait d'élaborer.

Quant aux propriétés antitoxiques du sérum des lapins, elles atténuent la virulence du staphylocoque, mais n'ont pas d'influence sur sa végétabilité.

M. Dastre présente des solutions salines au titre considéré comme aseptique et qui sont néanmoins peuplées de microorganismes. Il conclut qu'il ne faut pas se contenter d'employer les moyens antiseptiques, d'habitude efficaces, pour être assuré de l'exclusion des microorganismes. Encore, faut-il examiner directement les solutions par le microscope ou les cultures.

M. Féré montre que les œufs perdent de leur poids, dans l'incubation, d'une quantité variable, suivant que le poussin qu'ils renferment est mort ou vivant à l'éclosion. Cette perte de poids est plus grande dans le premier cas que dans le second ; elle est toujours plus grande dans les cinq premiers jours de l'incubation que dans les jours suivants.

M. Lenoble dit avoir constaté au cours de l'éthérisation, tantôt du nystagmus, tantôt des trépidations épileptoïdes, tantôt la coexistence de ces deux symptômes. Toujours les réflexes patellaires sont restés intacts.

J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 novembre.

Traitement de la diphtérie par la sérothérapie.

M. Moizard donne communication à la Société des résultats qu'il a obtenus dans le traitement de la diphtérie par la sérothérapie, du 1er octobre au 30 novembre dernier. 231 enfants bactériologiquement reconnus diphtériques ont été traités par le sérum de M. Roux. 34 sont morts, ce qui donne une mortalité moyenne de 14.71 0/0. De ces 34 morts, 9 pourraient être éliminés, sur lesquels le traitement ne pouvait pas agir, en sorte que la moyenne de la mortalité serait abaissée, de ce fait, au chiffre de 11.26 0/0. Résultat merveilleux que l'orateur attribue en grande partie à la bonne installation du service, qui a permis d'isoler tous les enfants atteints de complications pulmonaires.

Pendant les deux mêmes mois des cinq années précédentes, dans ce même service, la mortalité avait toujours dépassé 50 0/0.

L'orateur donne ensuite communication des règles qu'il a suivies pour l'application de la sérothérapie. Selon le procédé de M. Roux, tous les enfants soupçonnés seulement de diphtérie ont reçu, dès leur arrivée à l'hôpital et indistinctement, 20 centimètres cubes de sérum. Mais, quand la bactériologie a confirmé le diagnostic, plusieurs cas peuvent se présenter : ou bien une seule injection suffit pour enrayer les accidents, ou bien elle ne suffit pas, et alors, si le pouls se maintient fréquent et la température élevée, s'il y a de l'albumine dans l'urine, on doit continuer les injections pendant deux, trois et quatre jours, à raison de deux injections par jour de 10 centimètres cubes chacune. On pourra reprendre les injections à la réapparition de la fièvre ou de l'albumine. Mais l'albuminurie passagère seule devra être ainsi traitée. La sérothérapie n'aurait pas sa raison d'être si l'albuminurie était persistante et due à une néphrite. Pas plus que la néphrite diphtéritique, la bronchopneumonie n'est justiciable de la sérothérapie.

Voilà pour la sérothérapie. On doit simultanément faire le traitement local en détergeant la muqueuse avec des solutions boriquées ou des solutions de liqueur de Labarraque. Mais il faut proscrire le sublimé concurremment avec le sérum. Il a déjà déterminé trois cas de mort.

La sérothérapie peut produire des accidents généraux qu'il importe de signaler. Ce sont des accidents cutanés : urticaire, érythème polymorphe, érythème scarlatiniforme et purpura. Ils ont quelquefois une allure grave. Néanmoins, ils sont peu importants à côté des avantages de la sérothérapie qui les provoque.

Que faut-il penser de l'action préventive du sérum inoculé ? M. Moizard pense que cette action préventive est évidente et qu'il faut, quand l'isolement n'a pu être pratiqué au début, vacciner les sujets par l'injection de 5 centimètres cubes de sérum pour les enfants au-dessous de 10 ans et de 10 centimètres cubes pour les enfants plus âgés. Mais cette vaccination ne doit pas empêcher les grands lavages de la bouche et du nez avec la solution boriquée à 4 0/0. Il semble que la durée de l'immunité ainsi acquise ne soit pas très longue. Enfin, dans les cas d'angine et d'accidents laryngés, quelle sera la conduite à tenir pour les praticiens ?

Dans les cas d'angine légère avec manifestations générales (fièvre élevée surtout) il faudrait, dit M. Moizard, ne pas injecter de sérum avant de connaître le résultat de l'examen des cultures. Si l'angine parait d'emblée diphtérique, il ne faut pas hésiter à pratiquer le plus tôt possible une injection de sérum.

De même, si le médecin est appelé pour une laryngite accompagnée d'angine, il devra pratiquer immédiatement une injection de sérum. Mais si la laryngite ne s'accompagne pas d'angine, le cas est difficile ; le diagnostic oscille entre le croup d'emblée et la laryngite striduleuse, et, dans ce cas, mieux vaut se ranger du côté de l'hypothèse la plus grave et pratiquer l'injection de sérum.

Pérityphlites et appendicites.

M. Rendu. — Il résulte de mes observations que la pérityphlite des adultes guérit par des moyens médicaux. Il convient de n'avoir recours au chirurgien que lorsque l'on a la certitude d'une collection purulente enkystée.

Cette nature du traitement médical de la pérityphlite est courante à l'étranger. Trêves, en 1889, a montré qu'il était dangereux de réséquer l'appendice et que, dans tous les cas, il ne fallait pas opérer avant le cinquième jour.

A la Société clinique de Londres, Fowler a montré que sur 85 cas de typhlites et de pérityphlites soignés par des moyens médicaux, il n'y avait eu qu'un seul cas de mort. Baring, d'autre part, dans sa statistique, relève 68 cas d'appendicite sur lesquels une seule opération fut tentée. Il y eut 6 morts, ce qui donne une proportion de 89.55 0/0 de guérisons par le seul traitement médical.

En France, les faits récemment signalés par les médecins montrent que les guérisons d'appendicite, obtenues par le traitement médical, sont en nombre suffisant pour indiquer que c'est le médecin qu'il faut tout d'abord aller chercher dans ces cas-là, quitte à recourir à l'intervention chirurgicale à la moindre menace de suppuration.

M. Huchard signale un fait qui doit cependant modifier légèrement ces principes. Un jeune homme de 20 ans est opéré *in extremis* pour appendicite. On trouve une perforation de l'appendice et une péritonite purulente. Trois ans auparavant le malade avait eu une typhlite qui avait guéri, mais dont il avait conservé, dans la fosse iliaque droite, une petite tumeur qui était de temps en temps douloureuse. Si donc, le malade avait été opéré lors de sa première maladie, ou dès les premiers instants de celle-ci, il n'aurait pas succombé.

Enfin, on doit toujours redouter de nouveaux accidents dans le cas d'une pérityphlite guérie, mais qui conserve une induration inflammatoire et des douleurs dans la région iliaque droite.

M. Perraud montre les inconvénients de l'action de l'opium qui est recommandé dans le traitement de l'appendicite et de la pérityphlite. Il occasionne des stases viscérales dont les effets sont pernicieux. Est-il, d'autre part, si nécessaire d'immobiliser l'intestin, et ne vaut-il pas mieux prescrire la belladone ? M. Perraud va même jusqu'à déterminer quelques mouvements intestinaux dans les cas de pérityphlite en faisant prendre à ses malades quelques lavements de séné qui, s'ils occasionnent quelques coliques, ont le grand avantage de faire l'antisepsie du tube intestinal.

J. P.

65e Année. 9e Série. Tome I — No 51 — 22 Décembre 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

LA *GAZETTE MÉDICALE DE PARIS*

Depuis l'orientation nouvelle que la Direction lui a imprimée, la *Gazette Médicale de Paris* voit, chaque semaine, augmenter le nombre de ses abonnés et de ses acheteurs au numéro.

Nous savons que les praticiens et les étudiants ont surtout prisé, dans notre journal, en dehors des travaux originaux et des leçons qu'il a publiés, le compte rendu très soigné des intéressantes discussions de la Société de Chirurgie, signé, depuis quelques mois, par notre rédacteur en chef lui-même, et les « Notes pour l'Internat » qui occupent plusieurs colonnes de chaque numéro.

Nous voulons faire dorénavant pour la Société médicale des Hôpitaux ce que nous avons fait jusqu'à ce jour pour la Société de Chirurgie ; désormais, nous donnerons donc un compte rendu très détaillé de chacune de ses séances.

La Société de Chirurgie et la Société médicale des Hôpitaux sont celles, en effet, qui intéressent plus particulièrement le praticien.

Il est inutile d'ajouter que nous continuerons à publier les « Notes pour l'internat », dont le succès va toujours croissant, car leur portée dépasse leur titre modeste ; tous ceux, en effet, qui, après le doctorat, ont des concours à préparer, ne trouvent pas moins d'intérêt que les élèves des hôpitaux ou les praticiens eux-mêmes à lire ces notes et à les méditer.

Enfin, dans chaque numéro, les étudiants trouveront désormais la liste des questions posées, pendant la semaine, aux examens de doctorat, par les juges de la Faculté.

Tous nos abonnements prennent fin au 1er janvier; nous prions donc instamment nos souscripteurs de nous envoyer la valeur de leur renouvellement le plus tôt possible. Nous prenons la liberté de leur rappeler qu'à moins d'avis contraire de leur part, nous ferons présenter la quittance à partir du 15 janvier à ceux qui n'auront pas envoyé le montant de leur abonnement.

Nous prions donc nos lecteurs : 1° de nous adresser la valeur de leur abonnement par mandat-poste; 2° de joindre à leur lettre, pour éviter toute erreur, une bande du journal.

La Direction.

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Le chancre syphilitique de la langue. — Son diagnostic avec l'ulcère tuberculeux.

Je veux consacrer cette leçon à l'étude du chancre lingual ; j'étudierai d'abord ses différentes formes, le tableau clinique qu'elles présentent, et je vous en indiquerai le diagnostic différentiel avec une affection fréquente et parfois difficile à reconnaître, je veux parler de l'ulcère tuberculeux de la langue.

Le chancre lingual, qui est le plus fréquent après celui des lèvres, est le plus souvent unique ; on en rencontre quelquefois deux, mais très rarement. Il siège, dans l'immense majorité des cas, sur la partie antérieure de la face supérieure de la langue, soit sur le plateau dorsal, soit à la pointe, soit enfin sur les bords. On peut le rencontrer exceptionnellement sur la face inférieure.

Le chancre présente deux formes cliniques : 1° le chancre plat; 2° le chancre ulcéré, dit *en cuiller*.

La première forme, le *chancre plat*, consiste en une petite érosion d'étendue variable : ordinairement, il a la largeur de l'ongle du petit doigt, mais parfois on en trouve de dimensions plus grandes, de deux à trois centimètres. Sa configuration est arrondie, souvent ovalaire et, dans ce dernier cas, le grand diamètre est orienté dans la direction du grand axe de la langue. Il est de niveau avec les parties voisines ; son fond est lisse, régulier, de couleur variable : tantôt rouge, tantôt gris, opalin, diphtéroïde. L'induration de la base est nettement perceptible.

La *forme ulcéreuse* diffère de la précédente en ce qu'elle entame profondément le derme muqueux. Sa configuration

est assez caractéristique : il est creusé en cupule, excavé. Ses bords, fuyants à pente douce, donnent assez nettement l'aspect d'une cuiller à café, d'où le nom de « chancre en cuiller » des Anglais. Ces deux formes, que je viens de décrire, sont les deux grands types du chancre lingual. Signalons en passant quelques variétés :

Le chancre dit *fissuraire* se trouve dans un de ces grands plis de la langue qu'on rencontre chez quelques individus et qui s'exagèrent ordinairement par l'abus du tabac. Pour bien le voir, il faut étaler la langue ; alors il apparaît composé de deux branches en forme de V.

Une autre variété très rare, mais curieuse, c'est le *chancre scléreux*. Il se produit généralement à l'extrémité de la langue ; l'induration est dans ces cas diffuse et peut envahir toute la partie antérieure de l'organe. Cette variété présente parfois d'assez sérieuses difficultés de diagnostic : on peut croire à un cancroïde ou à une glossite interstitielle.

J'arrive aux symptômes.

Le chancre plat, très bénin, ne présente pas de symptômes bien accusés : un peu de gêne pendant la mastication, un peu de douleur, et voilà tout.

Le chancre en cuiller offre, au contraire, des symptômes assez importants : une gêne notable dans les mouvements ; de fortes douleurs provoquées par la mastication, par le contact d'aliments trop chauds ou acides ; une sécrétion abondante de la salive. Mais, en somme, les symptômes fonctionnels sont modérés, ce qui les distingue de ceux qu'on observe dans le cancroïde et dans l'ulcère tuberculeux, où, au contraire, ils atteignent une pénible acuité.

Les chancres durent cinq à six semaines pour la forme plate, et deux à trois mois pour la forme ulcéreuse ; on n'observe pas généralement de complications.

L'adénopathie, comme dans tous les chancres, existe nettement, et ici, je tiens à vous indiquer une particularité qu'on ignore : la présence de ganglions aux côtés du cartilage thyroïde.

Dans quelques cas, on rencontre un bubon bilatéral, le chancre siégeant d'un côté, et n'étant nullement médian ; dans d'autres, ce qui est encore plus curieux, le bubon se trouve du côté opposé. Ces deux phénomènes, bizarres en apparence, peuvent très bien s'expliquer par les anastomoses et les entrecroisements des lymphatiques sur la face dorsale de la langue, disposition qu'on peut voir sur les belles pièces de M. Sappey.

Passons au diagnostic.

Le chancre plat peut être confondu avec une plaque muqueuse, qui présente beaucoup de caractères analogues. Ce diagnostic est parfois très difficile. Nous nous servirons pour y arriver de deux signes : 1° l'induration de la base ; 2° l'évolution. L'absence de l'induration dans les plaques muqueuses et la période à laquelle elles apparaissent sont les deux points qui vous suffiront à résoudre le problème. On peut y ajouter l'action différente de la cautérisation, qui fera disparaître assez vite la plaque et laissera presque sans modification le chancre.

Le chancre en cuiller peut être confondu, soit avec une syphilide ulcéreuse secondo-tertiaire ou tertiaire, soit avec l'ulcère tuberculeux.

Pour faire le premier diagnostic, vous aurez à votre disposition trois signes : l'induration de la base, l'adénopathie — deux symptômes absents dans les cas de syphilides ulcéreuses, — et enfin tout un passé de syphilis dans ce dernier cas. Vous voyez donc qu'il n'y a pas de difficultés très grandes.

Il n'en est pas de même de la distinction à faire entre le chancre lingual ulcéreux et l'ulcère tuberculeux de la langue. Les signes servant à établir nettement ce diagnostic sont très nombreux. Nous allons les diviser, pour plus de facilité, en trois catégories : 1° signes de présomption ; 2° signes de probabilité ; 3° signes de certitude. Examinons successivement toutes ces catégories.

Il y a trois signes de présomption.

En premier lieu, nous avons les *antécédents* du malade, qui était ou est atteint à l'heure actuelle d'une forme quelconque de la tuberculose : pulmonaire, laryngée, testiculaire, etc.

Ensuite, *le siège de la lésion* : l'ulcère tuberculeux siégeant souvent sur la partie inférieure de la langue, ce qui est très rare, exceptionnel même, dans les cas de chancre.

Enfin, *la multiplicité des lésions*. On peut rencontrer cinq ulcères tuberculeux, comme nous en avons un cas dans notre musée ; le chancre, au contraire, est généralement unique et rarement doublé, comme je vous le disais au début de cette leçon.

Voilà trois signes qui peuvent apporter des éclaircissements utiles, mais en somme ne suffisent pas pour affirmer le diagnostic.

Passons à la seconde catégorie, aux signes de probabilité : il y en a cinq.

1° *La configuration*. — Configuration à courbe régulière dans le chancre ; irrégulière, sinueuse, ondulée dans l'ulcère tuberculeux.

2° *Les bords*. — Bords taillés à pic, découpés, quelquefois décollés dans l'ulcère tuberculeux ; bords saillants, fuyant par une pente douce vers le fond, dans le chancre.

3° *Le fond*. — Fond rouge ou gris, égal, uni, lisse dans le chancre : jaune, jaune-rosé, souvent inégal dans l'ulcère tuberculeux.

4° *Les caractères de la base*. — Indurée à un degré plus ou moins accentué dans le chancre, molle dans l'ulcère tuberculeux. Ici, il faut ajouter que, dans quelques cas, l'ulcère tuberculeux peut présenter une induration assez notable, même de sa base ; cela provient soit de cautérisations un peu violentes, soit de l'irritation provoquée autour de lui par une dent acérée.

5° *Les troubles fonctionnels*. — Interrogez un malade atteint d'un chancre de la langue, et vous verrez que si parfois, comme je vous ai déjà dit, la douleur et la gêne dans les mouvements atteignent une notable intensité, jamais ni la douleur, ni la gêne n'arrivent à l'acuité pénible, intolérable qu'on observe couramment dans les cas d'ulcère tuberculeux.

Tous ces signes sont presque décisifs, mais parfois ils s'atténuent au point qu'ils ne présentent que des nuances avec lesquelles certainement un diagnostic sérieux est impossible.

Passons donc à la troisième et dernière catégorie, aux signes de certitude. Ce sont :

1° *Les nodules de Féréol et les points jaunes de Trélat*. — Les nodules de Féréol consistent en tubérosités saillantes,

hémisphériques, rougeâtres, qui se produisent parfois autour de l'ulcère; quant aux points jaunes de Trélat, inutile de vous les décrire, ils sont bien connus. Ces deux signes, différents au point de vue objectif, mais analogues au point de vue histologique, ont une énorme, je dirai décisive importance, pour le diagnostic. C'est, pour ainsi dire, la signature de la tuberculose autour de l'ulcère. Mais, malheureusement, ils ne sont pas constants : pour dix cas, on n'observe qu'une fois les points jaunes de Trélat et encore plus rarement les nodules de Féréol.

2° *Le bacille de Koch.* — Il faut faire l'examen histologique des produits de raclage de l'ulcère; dans les cas d'ulcère tuberculeux, on trouve le bacille de Koch. Ce procédé est bon, mais il n'est pas absolument significatif. Non seulement il faut souvent, pour découvrir le microorganisme, faire toute une série d'examens, mais il peut se faire qu'un ulcère incontestablement tuberculeux ne fournisse pas le bacille recherché.

3° *Résultat de l'inoculation aux animaux.* — Le succès de l'inoculation est certainement pathognomonique. Si les produits de raclage, injectés aux animaux, ont provoqué la tuberculose, vous n'aurez pas à hésiter un seul instant. La lésion que vous avez sous les yeux est bien alors un ulcère tuberculeux. Mais ce procédé est très long; il faut plusieurs semaines pour obtenir un résultat; aussi la méthode n'est-elle guère pratique. C'est pourquoi, malgré tous les signes que je viens de vous exposer, on est parfois forcé d'attendre. Et il est incontestable que le meilleur critérium, pour juger la question d'une façon définitive, c'est l'explosion secondaire.

Faites donc votre diagnostic lorsque les signes énumérés seront suffisants, mais, dans les cas douteux, croisez-vous les bras et attendez: l'explosion secondaire viendra bientôt enlever tous les doutes.

TRAVAUX ORIGINAUX

Congestion pulmonaire à forme cérébrale chez un enfant de cinq ans.

Par le Dr A. Cornevaud (de Blaye).

Je viens d'observer, chez un enfant de cinq ans, un cas de congestion du sommet du poumon droit dont le début insidieux, la marche anormale et la brusque terminaison me paraissent dignes d'une mention spéciale.

On va voir, en effet, que, malgré sa banalité et sa fréquence, cette affection soulève ici l'un des problèmes les plus ardus de la pathologie infantile.

Le mercredi 22 août dernier, la mère m'amenait son petit garçon dans mon cabinet et me disait qu'il avait été pris depuis la veille d'une toux presque continuelle et d'une douleur à l'un des côtés de la tête. Sauf ces deux symptômes, la santé ne paraissait nullement altérée.

L'auscultation pratiquée séance tenante ne me permit de percevoir aucun bruit morbide, aucune modification du rythme ou du timbre de la respiration. Et, comme on me contait que l'avant-veille, le dimanche, le père avait mené son fils chez le coiffeur et lui avait fait couper ras les cheveux qu'il avait jusque-là portés très longs, et qu'après cette opération l'enfant était resté dehors toute l'après-midi par un grand vent, je rassurai la mère en confirmant son propre diagnostic : un refroidissement de la tête ayant déterminé le rhume et les douleurs névralgiques qui l'avaient à tort effrayée.

J'insiste sur ces menus détails dont on comprendra tout à l'heure l'importance. Ce n'est pas à tort que cette dame s'inquiète des moindres bobos de son enfant. Celui-ci est, en effet, le seul survivant, ou mieux le seul venu à terme de cinq autres, tous arrêtés entre le troisième et le sixième mois de leur vie fœtale.

Bien que cette famille ne soit entachée d'aucune diathèse abortive, spécialement de syphilis, et que la mère elle-même n'ait pas de maladie utérine proprement dite, elle n'avait jamais pu, depuis douze ans qu'elle est mariée, mener une grossesse à terme. L'explication de cette anomalie est restée un peu vague pour les trois ou quatre confrères appelés à donner leur avis.

Celui de « matrice irritable » paraît avoir prévalu; il confirme en tout cas, s'il n'explique catégoriquement la série des grossesses prématurément interrompues. Soit par insuffisance de vitalité générale, dégénérescence des cellules formatives, hérédité inconnue (car les ascendants sont ou ont été longèves et vigoureux), soit pour toute autre cause de nous inconnue, cet unique rejeton, né petit, chétif et malingre, est resté tel jusqu'aujourd'hui. A cinq ans, il atteint à peine la taille d'un enfant de deux ans et demi ou trois ans. Avec cela, menu, grêle et maigre, mais vif, suffisamment fort et n'ayant jamais fait de maladie sérieuse, sauf les deux épisodes morbides que nous allons maintenant raconter.

Donc, le mercredi 22 août, je voyais mon petit malade pour la première fois et ne constatais aucun signe se rapportant à une maladie de la poitrine.

Le lendemain j'étais rappelé. La toux, qui n'avait point cédé à la potion prescrite, avait empêché le sommeil toute la nuit et les douleurs de tête s'étaient exaspérées. Mon examen très sérieux du côté de la poitrine fut encore négatif, mais la langue était saburrale et l'appétit perdu. Léger purgatif de calomel pour le lendemain, potion opiacée et enveloppement de la tête dans un bonnet; repos au lit.

Le vendredi, à ma visite, l'état était à peu près le même, la toux sèche, sans quintes, mais très fréquente persistait; il y avait un peu de fièvre. Je pensais alors à quelque noyau central de pneumonie non encore perceptible. Mais la respiration profonde et peu fréquente, l'absence de battement des ailes du nez et l'aspect général du petit patient qui ne paraissait pas sérieusement atteint, joint au silence absolu de tout symptôme morbide du côté de la poitrine, me firent abandonner ce diagnostic et je m'en tins à ma première idée, d'un refroidissement ayant déterminé une névralgie crânienne et un peu d'irritation des premières voies. Je conseillai donc de lever dans la chambre le petit garçon qui d'ailleurs ne demandait pas mieux et parut enchanté de ma prescription.

Le samedi 25 août, il y eut une détente et un apaisement de tous les symptômes assez marqué pour que la mère prît sur elle d'emmener, dans la soirée, son fils dans une maison voisine, à quelques centaines de mètres de chez elle. L'enfant fit la route à pied, mais se plaignit d'une grande fatigue dans les jambes.

Les dimanche, lundi et mardi, la situation restait la

même, caractérisée par un état qui n'était pas la santé, mais ne réalisait pas de maladie déterminée; l'enfant jouait toute la journée sur son lit, et, s'il est vrai qu'il toussât et se plaignît encore de douleurs à la tête, ces symptômes étaient assez peu accusés pour que, ayant besoin de m'absenter pendant deux jours, je partis sans prévenir ma cliente. Je pensais, à mon retour, trouver mon malade guéri. Or, c'est justement dans la nuit du mardi au mercredi que les accidents, jusque-là bénins, prirent une tournure des plus sérieuses.

J'appris, en effet, lorsque je revins le vendredi, que, depuis mon départ, les douleurs de tête, primitivement légères et rares, étaient devenues atroces et continues. Le sommeil faisait complètement défaut, remplacé, pendant les deux dernières nuits, par une agitation, des cris et un subdelirium très inquiétant. Un confrère appelé le jeudi dans la journée avait trouvé la température à 40°.

Le vendredi à trois heures de l'après-midi, je constatais moi-même 40°3, tandis que le pouls battait 140 à 150 fois. On me contait en même temps que l'enfant vomissait absolument tout ce qu'il prenait, et que, malgré plusieurs lavements, il n'était pas allé à la garde-robe depuis deux jours. Evidemment il se passait dans ce petit organisme, déjà si chétif et si menacé, quelque chose de grave; mais quoi? Où était le mal, et de quelle nature? Outre ces deux symptômes déjà assez inquiétants, il existait de la photophobie: l'enfant exigeait la fermeture complète de ses rideaux et l'approche d'une lampe le faisait se rejeter en arrière, les paupières vivement closes.

Cependant, l'auscultation restait absolument négative et la percussion ne me révélait en aucun point aucune modification à la sonorité normale. Si bien que, malgré la régularité du pouls, l'absence de convulsions et surtout malgré la hauteur de la température: 40° 3, mes craintes se portèrent à ce moment du côté des méninges.

Afin que le lecteur puisse suivre ici l'évolution de mes idées, il nous faut revenir en arrière et rapporter en quelques mots un autre épisode morbide observé l'année dernière chez ce même malade.

Au mois d'octobre 1893, au déclin d'une légère gastro entérite dont avait été atteint ce petit garçon, le jour même où j'annonçais à la famille, après une dizaine de jours de traitement, la guérison définitive et prochaine, brusquement la température montait à 40°. Puis, pendant trois jours, le thermomètre oscilla autour de ce chiffre, et non moins brusquement la défervescence se fit et tout rentra dans l'ordre.

Dès le lendemain de la chute de ce dernier et inattendu accès de fièvre, le gamin se proclamait guéri et demandait à manger.

Cette ascension brutale et mystérieuse du thermomètre, à la fin d'une maladie très bénigne et sans cause appréciable, m'avait laissé perplexe et même inquiet. J'avais, en effet, constaté dans le cours de cette petite fièvre catarrhale, aux régions cervicale, axillaire et inguinale, l'existence de ce chapelet de petits ganglions que, sous le nom de polymicroadénopathie malliniforme, Sevestre, Marfan et d'autres considèrent comme un des signes les plus certains de la tuberculose chronique généralisée chez les enfants.

Or, par l'habitus extérieur, par sa structure délicate, le petit V... peut être très légitimement suspecté d'une telle prédisposition. Je le tenais donc en observation, m'attendant à voir éclater un jour ou l'autre quelque accident révélateur.

On comprend maintenant pourquoi, malgré l'irrégularité ou plutôt à cause même de l'irrégularité dans la marche de la maladie que j'observais, les signes pulmonaires restant encore cachés, je redoutai une poussée tuberculeuse du côté des méninges. D'ailleurs, la céphalalgie, la photophobie, les vomissements et la constipation ne sont-ils pas des symptômes essentiellement cérébraux?

On les observe, je le sais, à titre d'épiphénomènes d'ordre probablement réflexe (la pathogénie n'en étant pas encore nettement fixée) dans le processus inflammatoire du sommet des poumons. Mais, je viens de le dire, jusqu'à ce jour, jusqu'au vendredi après midi, l'auscultation et la percussion étaient restées absolument négatives. Mes craintes étaient donc parfaitement légitimes.

Ce jour-là, les parents qui comprenaient la gravité de la situation me demandèrent de m'adjoindre un confrère; comme j'allais moi-même leur faire la même proposition, je m'empressais d'acquiescer à leur désir, et il fut convenu que l'on s'adresserait à notre distingué confrère, le Dr Négrié, de Bordeaux.

A ma visite du samedi matin, j'appris que la nuit avait encore été mauvaise. Cependant la température avait un peu baissé n'étant plus que de 39°7, et c'est alors, que pour la première fois, il me sembla entendre tout à fait au sommet du poumon droit, et dans une étendue verticale de trois ou quatre centimètres, un murmure vésiculaire légèrement modifié; ce n'était pas du souffle, mais la respiration avait là un timbre plus aigu qu'ailleurs.

Notez que nous étions à ce moment au onzième jour du début de la maladie, et au cinquième de l'apparition des accidents graves.

Je ne dis rien de ma découverte ce matin-là, mais le soir aucun doute ne pouvait subsister; l'on percevait très nettement le bruit de souffle caractéristique du début d'une pneumonie ou d'une congestion.

Je rassurai un peu la famille, et lorsque, le lendemain dimanche, le Dr Négrié arriva, la situation était tellement nette que nous ne discutâmes même pas l'hypothèse d'une méningite.

Le diagnostic de congestion — ou de pneumonie — du sommet s'imposait absolument.

Ce jour-là, le thermomètre montait encore, le matin, à 39°7.

Le lundi matin, 3 septembre, les signes stéthoscopiques ainsi que la température restant les mêmes que la veille, je fis appliquer sur l'épaule un petit vésicatoire et, dès le soir de ce jour, le thermomètre tombait à 37°8. Le souffle avait perdu de sa rudesse; on n'entendait plus qu'un murmure vésiculaire un peu exagéré et, le lendemain mardi, il me fallut ausculter mon petit malade avec la plus grande attention pour percevoir une différence entre la respiration des deux sommets.

Le mercredi, après une excellente nuit, on pouvait considérer la guérison comme définitive.

La maladie avait donc mis onze jours pleins à se déterminer; la fluxion congestive s'était faite avec un appareil de symptômes d'une gravité extrême; puis, cette sorte

d'ouragan morbide s'était éteint en deux jours et demi sans laisser la moindre trace de son passage.

Ce fait est au moins curieux. Oui, mais pourquoi l'évolution de ces phénomènes a-t-elle été telle, et pourquoi une congestion pulmonaire aussi peu étendue et aussi fugace s'est-elle accompagnée d'accidents aussi graves ?

Il me paraît malheureusement très vraisemblable que cette année-ci, comme en 1893, j'ai assisté à une poussée aiguë, à un réveil passager de la tuberculose chronique généralisée dont semble atteint le petit V.... Marfan note expressément ces accès de fièvre inexpliqués, comme l'un des symptômes les plus communs de cette diathèse. Tôt ou tard, cet enfant paiera sa dette entière et d'un seul coup au terrible mal. Je le tiendrai en observation, en luttant de mon mieux, et à l'occasion reprendrai son histoire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 décembre.— Présidence de M. Lucas-Championnière.

Complications cérébrales de l'otite moyenne.

M. Picqué. — M. Mignon (du Val-de-Grâce) nous a adressé récemment une intéressante observation, dont voici le résumé : Un homme de 24 ans, atteint d'une vieille otite moyenne suppurée, est frappé tout d'un coup d'aphasie. Avec cela, on constate : céphalée cervicale et frontale violente ; douleur sus-auriculaire ; raideur tétanique ; somnolence ; ptosis ; parésie faciale ; petitesse et rapidité du pouls ; abaissement thermique (36°5).

Par une incision verticale rétro-auriculaire, M. Mignon découvre la mastoïde, ouvre l'antre et en fait le curettage ; puis, à l'aide d'une incision qui croise la fosse temporale et se termine un peu en avant du pavillon, il met à nu l'écaille temporale, l'attaque à la gouge et agrandit l'orifice avec la pince-gouge. La dure-mère est incisée ; 150 grammes de pus s'écoulent ; le cerveau est incisé et drainé.

Rapidement, les symptômes disparaissent. Mais deux accidents viennent troubler la convalescence : un érysipèle qui disparaît vite, et une encéphalocèle que M. Mignon guérit par la ligature lente d'abord, et par la création d'un lambeau ostéoplastique ensuite. Au bout de quelques temps, guérison complète.

Cette observation, très heureusement étudiée, touche à plusieurs points du problème compliqué des suppurations encéphaliques post-otorrhéiques. Je veux soulever ici deux questions : celle du diagnostic et celle du traitement.

En ce qui concerne le diagnostic, deux cas se présentent : 1° *Il y a des troubles psycho-moteurs*. Ici, rien de plus simple ; le diagnostic d'abcès cérébral s'impose ; 2° *Il n'y a pas de troubles psycho-moteurs*. Ici, trois questions se posent, difficiles à résoudre : Est-ce de la phlébite ? Est-ce de la méningo-encéphalite ? Est-ce un abcès cérébral ? On a bien dit : 1° S'il y a des symptômes infectieux, c'est de phlébite qu'il s'agit ; 2° s'il y a de la contracture et des vomissements, c'est la méningo-encéphalite qu'il faut incriminer ; 3° s'il y a de l'hyperthermie, c'est un abcès cérébral qui s'est développé. Mais ces signes sont insuffisants et incertains. D'autant plus insuffisants et incertains que souvent les lésions coexistent. Pour moi, je crois, comme Bergmann, qu'on peut, à coup sûr, diagnostiquer un abcès quand on constate l'ensemble des signes suivants : élévation thermique, céphalalgie violente, localisée, persistante, hémicrânienne, ralentissement du pouls, accidents comateux (ce dernier signe est le plus important).

En ce qui concerne le traitement, trois cas se présentent :

1° *Il y a des accidents cérébraux avec otite sans mastoïdite*. Ce qu'il faut savoir ici, c'est que, dans ces cas, il s'agit ordinairement, non pas d'un abcès du cerveau proprement dit, mais d'une collection purulente péri-pétreuse, d'une pachyméningite purulente externe, comme nous l'avons établi après Hessler, Février et moi, puis A. Broca. Souvent, il est vrai, un abcès cérébral coexiste, mais la collection péri-pétreuse est comme une étape intermédiaire entre lui et la lésion de l'oreille. Donc, quand il y a fièvre et douleur, c'est à la collection péri-pétreuse qu'il faut s'adresser : c'est là une notion récente de la plus haute importance, car elle permet de rencontrer presque à coup sûr la collection et empêche le chirurgien de s'égarer, comme autrefois, dans la recherche aventureuse d'un prétendu abcès encéphalique ou cérébelleux dont rien n'indiquait la place. La question se résume donc à ceci : quel est le meilleur moyen d'aborder ces collections péri-pétreuses ? C'est évidemment d'adopter la voie mastoïdienne de Wheeler. On trace une ligne verticale qui divise la mastoïde en deux portions, et en avant de cette ligne, dans le quadrant antéro-supérieur, on ouvre l'antre, l'aditus et la caisse, puis, leur toit étant détruit, on tombe sur la face inférieure du lobe temporal, en se portant un peu en avant. Si par hasard on ne rencontre ni collection péri-pétreuse, ni abcès du lobe temporal, on pourra se porter du côté du cervelet, en arrière, au-dessus du dernier segment du sinus latéral, où l'on pourra alors trouver la collection.

2° *Il y a des accidents cérébraux avec otite et mastoïdite*. Ici, c'est évidemment la même voie qui convient, mais une question se pose. Faut-il se contenter d'ouvrir la mastoïde, ou bien faut-il aller plus loin et ouvrir le crâne ? J'ai dit, en 1892, avec Février, qu'il fallait pousser la trépanation mastoïdienne immédiatement jusqu'au crâne, mais je me suis rangé, depuis cette époque, à l'opinion de A. Broca, et je crois qu'il vaut mieux attendre deux ou trois jours. Si alors les symptômes persistent, on fait sauter la mince lamelle osseuse qui sépare du cerveau.

3° *Il y a, avec mastoïdite, des accidents cérébraux localisés*. Il semble que le meilleur soit, dans ces cas, d'obéir aux données physiologiques et de trépaner là où les troubles fonctionnels indiquent que siège le mal. Mais ici encore, il me paraît plus simple d'adopter la voie mastoïdienne, d'ouvrir largement, d'explorer la dure-mère et, avec la gouge, d'agrandir par en haut la perforation. C'est là le seul moyen d'explorer la périphérie du rocher et de trouver les foyers intermédiaires entre la mastoïdite et l'abcès cérébral. Souvent, d'ailleurs, on rencontrera celui-ci, ainsi que l'a dit Broca, à la face inférieure du lobe temporal ; si par hasard on ne le trouvait pas, on pourrait toujours pratiquer dans une seconde intervention une trépanation systématique.

M. Berger. — J'accepte sans réserves les conclusions de M. Picqué, puisqu'il est revenu sur les conseils qu'il donnait dans son premier mémoire. En règle, on peut dire, en effet, qu'il ne faut pas, quand on trépane la mastoïde, aller, dans une première séance — j'entends les cas où il n'y a ni signes de localisation cérébrale, ni céphalée, ni coma — jusqu'au cerveau. Et, en effet, sur quoi peut-on, en dehors de ces signes, baser son diagnostic ? Sur rien, et le problème est très complexe. Nous n'avons rien qui nous permette d'affirmer qu'il y a derrière la mastoïdite une complication et, si cette complication existe, quel en est le siège. La plupart du temps, tout rentre dans l'ordre dès que la mastoïde est ouverte : qu'on ait ou non trouvé du pus, il faut s'arrêter là, à moins, je le répète, que les symptômes dont je parlais tout à l'heure n'aient été constatés, ou à moins qu'on ne soit conduit plus loin par les lésions osseuses elles-mêmes qui, quelquefois, guident le chirurgien vers le foyer cérébral ou cérébelleux. Quand, après la trépanation mastoïdienne, les accidents ne s'atténuent pas, il faut alors, comme l'a dit M. Picqué, compléter son intervention, soit en agrandissant la trépanation mastoïdienne, soit en ouvrant là où la physiologie pathologique indique une lésion.

En ce qui concerne l'encéphalocèle, je l'ai observée deux fois,

après des traumatismes. Je trouve très rationnel le traitement de M. Mignon, comme je trouve aussi très raisonnable l'ablation au thermocautère ou au bistouri; mais il faut savoir aussi que cette hernie se réduit ordinairement toute seule et qu'elle participe même pour sa part à la réparation de la brèche.

M. Routier. — J'ai ouvert, il y a quelques jours, l'apophyse mastoïde à une femme qui était atteinte d'une otite moyenne. Les symptômes (céphalée intense, fièvre) s'atténuèrent de suite; mais, deux jours après, la température monta à 40°5. Je fis alors une trépanation crânienne au-dessus du conduit auditif, un peu au-dessus et en avant de ma trépanation mastoïdienne. Je ponctionnai le cerveau, n'ayant rien rencontré sous la dure-mère; je ne trouvai rien. L'état resta grave pendant quatre jours; puis, tout d'un coup, tout rentra dans l'ordre. En pansant la malade, je trouvai l'ouate souillée d'une grande quantité de pus. D'où venait-il? Je l'ignore. Bref, ma question est celle-ci : dans les cas où les lésions de l'os ne nous conduisent pas au delà de la mastoïde, existe-t-il des signes avec lesquels nous puissions dire : « Dans ce cas, je m'arrête à la mastoïde; dans ce cas, je vais plus loin? »

M. Schwartz. — Il faut, dans la grande majorité des cas, borner son intervention à la trépanation mastoïdienne; pourvu qu'elle soit large, on a rarement l'occasion d'aller plus avant. Pour ma part, je n'ai eu l'occasion d'hésiter qu'une seule fois à refaire une seconde intervention à laquelle, du reste, je ne me suis pas décidé. Il s'agissait d'un malade qui, après une ouverture de la mastoïde, eut une température de 40°5 avec douleur rachidienne très intense. Il mourut: au niveau de l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale, il portait un foyer de méningo-myélite suppurée qui remontait le long de la moelle et n'avait aucun rapport direct avec la lésion mastoïdienne. Si donc il y a des complications par continuité et par contiguïté des suppurations mastoïdiennes, il y en a aussi d'éloignées, d'ordre infectieux, et cela prouve qu'en agrandissant l'orifice de trépanation mastoïdienne, on n'est pas toujours sûr de rencontrer si près le corps du délit.

M. L. Championnière. — L'ouverture mastoïdienne est ordinairement suffisante. Si je n'avais pas été convaincu de cette vérité depuis longtemps, j'aurais fait bien des opérations inutiles. Quant au siège des abcès et même au simple diagnostic de l'existence de complications profondes, c'est une question clinique très complexe et très difficile.

M. Picqué. — Je suis heureux de voir que la voie mastoïdienne de Wheeler est acceptée de tous. Quant aux réserves formulées par MM. Berger et L. Championnière, je les ai faites moi aussi, revenant en cela sur mon ancienne opinion et acceptant celle de de M. A. Broca. Au total, deux cas se présentent : il y a ou non mastoïdite. Si pas, il faut trépaner par la voie mastoïdienne pour aller à la recherche des suppurations sous-durales pétreuses. Si oui, ou bien il y a de la céphalée et de la fièvre, auquel cas il est nécessaire de poursuivre jusqu'au cerveau; ou bien il n'y a ni céphalée ni fièvre et alors il faut se borner à l'ouverture mastoïdienne, sauf à aller plus loin si les accidents ne s'amendent pas, deux ou trois jours après.

Ostéosarcôme à myéloplaxes du fémur.

M. Schwartz présente un malade à qui il a pratiqué, il y a huit mois, la résection de l'extrémité inférieure du fémur pour un ostéosarcôme à myéloplaxes. Le résultat est beau. Il n'y a pas encore de récidive. La tumeur avait été prise pour une tumeur blanche.

Restauration nasale par soutènement.

M. Chaput présente une malade chez laquelle il a pratiqué l'autoplastie du nez avec soutènement du lambeau. Beau résultat malgré les critiques de M. Delorme.

Pierre Sebileau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 décembre.

Pathogénie de la mort dans le coup de chaleur.

M. Vallin rappelle à l'Académie les résultats obtenus par MM. Laveran et Regnard dans l'étude de la pathogénie du coup de chaleur (Voir *Gazette Médicale* du 1er décembre 1894, p. 572) et montre en quoi ils diffèrent de ceux obtenus par lui trente ans auparavant. Les procédés d'expérimentation, d'ailleurs, n'ont pas été les mêmes. M. Vallin exposait ses chiens au soleil en les attachant; MM. Laveran et Regnard ont fait respirer leurs animaux dans une atmosphère surchauffée de 50 à 60° et les ont fait marcher constamment. D'un côté, M. Vallin a toujours trouvé comme lésion anatomique un cœur petit, inexcitable aux agents physiques et au courant électrique; il en a conclu que la myosine avait été coagulée par la température élevée que les chiens avaient subie. De l'autre côté, MM. Laveran et Regnard ont toujours trouvé, à l'autopsie de leurs animaux, un cœur dilaté et excitable sans coagulation de la fibre cardiaque, malgré l'élévation de la température. Il y a donc des cas où la fibre musculaire du cœur résiste à l'action prolongée d'une température de 46°, contrairement à l'opinion de Claude Bernard.

Toutefois, le travail exagéré n'est pas seul imputable des accidents rapportés au coup de chaleur. M. Vallin est d'avis que ces expériences doivent être reprises, et qu'il faut distinguer les cas où l'animal respire de l'air humide, de l'air sec, ou de l'air brûlant, et les cas où il respire de l'air frais amené du dehors.

Le cœur forcé et le surmenage dans les exercices sportifs.

M. J. Teissier (de Lyon) a noté, chez des coureurs ayant fait 80 kilomètres, les modifications suivantes dans l'appareil cardio-vasculaire: une dilatation du cœur droit; une entrave dans la circulation de retour marquée par un agrandissement du diamètre du cou; une diminution de la pression artérielle.

D'autre part, M. Teissier a noté des dilatations aiguës du cœur paraissant tenir dans la plupart des cas à des phénomènes toxiques dus à l'accumulation des produits de la désintégration cellulaire. Ce trouble s'est manifesté dans les deux tiers des cas par une albuminurie légère et une augmentation de l'urée excrétée.

Donc, le surmenage dans les exercices sportifs trouble la circulation centrale et produit des accidents toxiques, suivis d'albuminurie.

Paralysie et angine pseudo-membraneuse.

M. Proust présente, au nom de M. Bourges, l'observation d'un petit malade atteint d'angine pseudo-membraneuse reconnue non diphtéritique par l'examen bactériologique, et qui fut néanmoins atteint de paralysie incomplète du voile du palais, avec disparition du réflexe rotulien et strabisme convergent.

Une paralysie, présentant les caractères des paralysies qui accompagnent la diphtérie, peut donc succéder à une angine non provoquée par le bacille de Lœffler.

Résultats éloignés de la gastro-entérostomie.

M. Doyen (de Reims) présente plusieurs malades atteints de dyspepsie grave sans ulcères ou bien d'ulcères gastriques ou duodénaux qui ont été améliorés par la gastro-entérostomie. Ce serait donc à la stagnation des aliments, sous l'influence d'un spasme réflexe du pylore, qu'étaient dus les symptômes gastriques de ces malades.

J. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 décembre.

La pneumonie du vague.

M. Hanot relate une observation de *pneumonie du vague.* Cette affection, très connue à l'étranger, semble l'être moins en France. Trois cas sont cependant connus jusqu'à présent; ils sont dus à MM. Talamon, Déjerine et Hanot. C'est donc le quatrième cas qui est porté à la connaissance de la Société. M. Hanot n'a pas fait de recherches bactériologiques sur ce sujet. Il sait, par contre, que, dans ces cas-là, les altérations du poumon ressemblent à un foyer de nécrobiose. L'orateur se contente donc d'exposer un simple fait clinique destiné à servir à des études ultérieures.

M. Rendu rappelle que, depuis longtemps déjà, M. Fernet avait émis l'opinion que certaines pneumonies étaient sous la dépendance d'une névrite du nerf pneumogastrique.

M. Hanot répond que les premiers documents sur cette question sont de vieille date puisque la première observation parut en 1826 et que depuis, à l'étranger, de nombreuses observations ont été publiées, sans cependant apporter de lumière sur ce sujet.

Traitement de l'appendicite.

M. Mathieu tient à ramener la discussion sur l'appendicite, pour rectifier certains chiffres cités par lui dans l'avant-dernière séance.

Après avoir pris connaissance du texte original de Sonnenburg, M. Mathieu cite exactement la statistique de cet auteur. Sonnenburg rapporte 80 cas d'appendicites opérées, dont 57 étaient des appendicites simples ou perforatives. Sur ces 57 cas, il y eut 57 guérisons. Mais, 52 fois, l'appendicite perforative s'accompagna de suppuration. C'est là un fait important.

M. Mathieu avait dit, l'autre jour, que la suppuration pouvait guérir par le traitement purement médical. Seulement, Sonnenburg fait remarquer que, dans ces cas-là, le pus étant virulent et fétide, on doit mettre en doute la guérison sans l'intervention. Il n'y aurait alors qu'un enkystement du pus dans les cas ordinaires. De là, une menace incessante de rechutes et de récidives. Sonneburg dit, d'ailleurs, que dans les interventions qu'il a faites, il s'agissait le plus souvent de rechutes et de récidives. Il y a donc là un argument en faveur de l'opération. On ne sait jamais, ajoute l'auteur allemand, ce que devient une pérityphlite abandonnée à elle-même. Et encore doit-on intervenir rapidement pour s'éviter les difficultés qui résultent de la formation des fausses membranes.

En résumé, à l'appui des conclusions formulées par M. Huchard. au cours de la dernière séance, M. Mathieu tient à insister sur ce fait qu'il ne faut pas considérer comme guéri un malade sortant de l'hôpital, où il a été traité médicalement pour une pérityphlite.

Il serait bon de relever, dans les cas de pérityphlite connus, de chacun des membres de la Société, le nombre des rechutes et des récidives. Ces recherches modifieraient peut-être l'opinion de la nécessité d'intervention. Il y a là, en somme, raison d'une enquête à laquelle M. Mathieu prie la Société de se livrer.

M. Rendu répond qu'il a reçu de M. Fels, de Nancy, un travail à ce sujet.

Une commission, composée de MM. Rendu, Lereboullet et Mathieu, est chargée d'examiner la question dans son ensemble.

Diphtérie et sérothérapie.

M. Legendre lit un rapport sur la communication faite par M. Moizard à la dernière séance (Voir *Gazette Médicale* du 15 décembre 1894) au sujet du traitement de la diphtérie par la sérothérapie.

Après avoir reconnu les heureux résultats obtenus par M. Moizard, M. Legendre rend compte de ceux qu'il a obtenus lui-même, du 18 septembre au 1er octobre, pendant qu'il dirigeait le service de la diphtérie à l'hôpital Trousseau. Voici les conclusions de sa statistique :

17 malades ont été reconnus bactériologiquement diphtériques l'un est mort avant de pouvoir être traité; sur les 16 autres, il y a eu 2 décès, ce qui donne une mortalité de 12.50 0/0. Ajoutez à ces chiffres 2 cas observés en ville, suivis de 2 guérisons, ce qui abaisse la mortalité à 11 0/0.

Un autre avantage du traitement consisterait en ce fait que les trachéotomies n'ont plus les conséquences fâcheuses qu'elles avaient auparavant. Aussi ne faut-il pas, comme on a tendance à le faire, leur préférer le tubage, car, avec cette dernière méthode, s'il n'y a pas sans cesse une garde près de l'enfant, l'obstruction du tube par une fausse membrane est toujours à craindre.

La sérothérapie offre donc de très grands avantages. Mais il ne faut pas oublier que le sérum antitoxique est une substance dont les propriétés n'ont pas encore été élucidées par la physiologie expérimentale. Aussi, M. Legendre repousse-t-il l'injection préventive. Les accidents qui sont à craindre avec le sérum antitoxique sont particulièrement : les érythèmes ortiés, morbilliformes, scarlatiniformes, etc...., des vomissements, de l'urobilinurie et des accidents intestinaux.

De plus, il faut signaler une élévation de température de quelques dixièmes de degré après l'injection. Le pouls et la respiration se modèlent sur la température. Ces accidents seraient sous la dépendance du choix du cheval ; ils apparaîtraient avec l'emploi du sérum de certains chevaux. D'autre part, la paralysie et la néphrite post-diphtéritiques ne sont pas conjurées par l'injection antitoxique et celle-ci ne fait pas disparaître le bacille de Loeffler que l'on trouve dans le mucus de la gorge chez les enfants ainsi traités.

En conclusion, la sérothérapie est le traitement de choix, mais il ne faut pas l'employer à tout hasard et surtout sans avoir au préalable établi le diagnostic bactériologique.

M. Lebreton apporte sa statistique des Enfants-Malades pour les mois d'octobre, novembre et le commencement de décembre. Il a traité 242 cas de diphtérie. Il y a eu 28 décès, ce qui donne une mortalité de 11.60 0/0. On a pratiqué pendant ce même temps 23 trachéotomies, qui ont été suivies de 8 décès, soit une mortalité de 34 0/0. En outre, dans certains cas, on a remplacé la trachéotomie par le tubage. Sur 48 tubages, il y a eu 14 décès, soit une mortalité de 29 0/0. Comme traitement local, on s'est contenté de faire des lavages avec la liqueur de Labarraque en solution assez faible pour qu'aucun accident fût à craindre. Le traitement local semble inutile et la sérothérapie paraît donner des résultats assez encourageants pour dispenser de l'emploi d'une méthode adjuvante.

M. Sevestre fait remarquer que, depuis quelques jours, les cas de diphtérie sont plus nombreux et revêtent des allures plus sérieuses. Depuis le 1er décembre, il est vrai, ses statistiques sont aussi rassurantes que celles de ses collègues. Mais, d'un côté, il se prépare, en ce moment, un encombrement de diphtérie, les cas se présentent plus nombreux de jour en jour; d'un autre côté, quelques médecins se refusent encore à faire appel à la sérothérapie et envoient les enfants à l'hôpital cinq ou six jours après avoir commencé à les traiter par les méthodes anciennes; enfin, l'administration est lente à prendre les mesures qu'imposent les nécessités de l'état actuel. Pour tous ces motifs, l'orateur ne serait pas étonné de voir, d'ici quelques jours, les statistiques devenir moins favorables.

M. Roger, répondant à M. Legendre au point de vue de l'expérimentation physiologique du sérum antitoxique, donne d'avance le résumé de certaines expériences faites en collaboration avec M. Charrin, se réservant de les développer plus tard quand elles seront terminées.

Inocule-t-on du sérum antitoxique à un lapin sain, à la dose de 3 à 5 centimètres cubes, on obtient les résultats suivants : l'animal ne maigrit pas, il n'a pas de fièvre, mais il y a des modifications

importantes du côté des urines. On constate de la polyurie ; la densité des urines est augmentée : de 1,020 elle peut monter à 1,028. La quantité d'urée excrétée par l'animal est beaucoup plus grande malgré le maintien de l'alimentation. Les phosphates sont en proportion 6 à 10 fois plus élevés. Il y a au contraire diminution des chlorures. Ce sont là, au total, les modifications que l'on constate chez les individus fébricitants, sans la fièvre cependant. Aucun de ces animaux n'est mort.

Inocule-t-on, au contraire, un lapin présentant une lésion, si petite qu'elle soit, les résultats obtenus diffèrent notablement : l'animal refuse la nourriture et maigrit : la quantité d'urine diminue presque jusqu'à l'anurie ; les modifications chimiques des urines sont celles de tout à l'heure, mais à un degré plus marqué.

Il n'y a jamais eu d'albuminurie ni de peptonurie, sauf toutefois chez les lapins déjà malades où la peptonurie a été constatée.

En ce qui concerne la qualité du sérum variable suivant le cheval qui l'a fourni, M. Roger partage l'avis de M. Legendre. Il tient cependant, de source certaine, qu'à l'Institut Pasteur, on se propose de mélanger dorénavant les différents sérums pour obtenir des résultats uniformes.

M. Ferrand. — Mais connaissez-vous les propriétés du sérum de cheval non immunisé ?

M. Roger. — Nous ne les avons pas recherchées.

M. Ferrand, après avoir rapproché l'antitoxine diphtéritique de la tuberculise, demande si l'on ne pourrait pas comparer l'action des sérums ainsi mélangés à celle que l'on a voulu obtenir dans le mélange des laits bacillaires.

M. Roger répond qu'il peut y avoir quelque analogie entre ces deux mélanges.

La morphinomanie.

M. Duflocq cite un cas de morphinomanie guéri par suppression rapide. Le malade dont il s'agit prenait 1 gramme 50 centigrammes de morphine par jour. En diminuant progressivement les doses, M. Duflocq arrive à ne plus donner de morphine du tout au bout du cinquième jour du traitement. Mais, pour répondre aux exigences de son malade, qui est en même temps névropathe, M. Duflocq a permis les injections d'eau distillée houillie.

Pendant toute la durée du traitement la température est restée normale et le pouls également. Les principaux symptômes ont été marqués du côté des voies d'élimination. Il y a eu des sueurs abondantes, des diarrhées profuses, jusqu'à 12 et 15 selles par jour, de la salivation, de la polyurie, les premiers jours. Le malade a perdu un kilogramme pendant le traitement, il en a gagné quatre ensuite. Il a présenté de plus deux lipothymies légères.

Le malade a réussi à garder de la morphine dans de l'eau de cologne et à en faire usage pendant son traitement, de sorte que la suppression de la morphine n'a été complète qu'au bout de huit jours. Il faut donc toujours s'attendre à des supercheries de la part des malades, et le meilleur moyen de les éviter c'est encore de ne pas tromper leur confiance.

La suppression rapide serait un bon traitement de la morphinomanie quand le malade est sain et fort. Mais il est difficile d'affirmer la guérison complète, car, à certains moments, les malades sont repris de *fringales de morphinomanie*.

M. Achard rapporte un cas de morphinomanie conjugale guéri au moins temporairement, par la suppression rapide.

M. Ferrand cite le cas d'une malade de son service qui prenait jusqu'à 60 grammes de laudanum par jour, au mois d'octobre, et qui, aujourd'hui, n'en prend plus du tout grâce à la méthode de la suppression graduelle.

M. Mathieu donne des détails intéressants sur la façon dont les malades se procurent de la morphine en ville. Quelques-uns l'achètent par kilo, et il demande si l'on ne pourrait pas contrôler la vente de la morphine en gros comme on la contrôle au détail.

M. Siredey rapporte à ce sujet l'histoire d'un malade à qui le pharmacien délivrait de la morphine sur des ordonnances signées du malade lui-même.

Le goître expérimental.

M. Ballet. — Chez un premier chien, dont je vous ai déjà entretenu (Voir *Gazette Médicale* du 24 novembre 1894), j'ai, par des injections sous-cutanées de suc thyroïdien, provoqué l'apparition d'une tumeur au niveau du corps thyroïde et cette tumeur a disparu après la suspension de ces injections.

Chez un second chien, par le même procédé, j'ai obtenu une tuméfaction petite, mais appréciable, sur la partie latérale droite du cou.

Chez un troisième chien, enfin, dont voici les pièces, cette tumeur se développa de nouveau au même endroit. Sous l'influence des injections massives de suc thyroïdien, il se produisit, chez cet animal, de la diarrhée, des melæna et de l'amaigrissement. Finalement, le chien succomba.

A l'autopsie, on trouva que le lobe droit du corps thyroïde correspondait à la tuméfaction et qu'il était d'un volume plus considérable que le lobe gauche. Sa surface était parsemée de taches ecchymotiques.

Le corps thyroïde pesait 3 gr. 75, au lieu de 2 gr. 75, qui est le poids du corps thyroïde d'un chien normal. Encore le poids du chien, dont j'ai examiné le corps thyroïde normal, pesait-il 15 kilos, tandis que le chien sur lequel j'ai expérimenté ne pesait que 6 kilos.

Il s'agissait donc bien, là, d'une tuméfaction réellement pathologique, et, sous l'influence des injections de suc thyroïdien, il est donc possible de provoquer une tuméfaction du corps thyroïde.

La séance est levée. J. P.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 décembre.

Anatomie pathologique du foie chez les animaux tuberculeux.

MM. Cadiat et **Gilbert.** — L'examen histologique du foie chez des animaux tuberculeux nous a conduits aux conclusions suivantes :

Les lésions tuberculeuses siègent pour la plupart à la périphérie des lobules, et sont très pauvres en cellules géantes. A côté de cette forme circonscrite, les tubercules peuvent se présenter dans certains cas sous forme de tuberculose diffuse. Outre ces lésions tuberculeuses, on voit parfois de la cirrhose, comme chez l'homme. Il est vrai que ce dernier genre d'altérations se rencontre assez rarement ; ainsi les auteurs disent ne l'avoir rencontré d'une façon parfaite que chez un cheval de neuf ans atteint de tuberculose pulmonaire généralisée. La cirrhose était périlobulaire, envoyant des irradiations dans l'intérieur des lobules.

Quant aux lésions de la cellule hépatique, elles offrent moins d'intérêt chez les animaux que chez l'homme. Ainsi la dégénérescence amyloïde ne se rencontre pas, de même que la dégénérescence pigmentaire ; les nécrobioses cellulaires et la dégénérescence graisseuse sont également d'une grande rareté. Ces observations s'appliquent surtout au chien, chez qui l'on peut voir cependant l'inversion lobulaire avec tendance à l'hépatite nodulaire.

Le sang et les organes considérés comme agents oxydants.

MM. Abelous et **Biarnès.** — Les auteurs, après avoir rappelé qu'ils ont montré que le sang de certains animaux peut oxyder l'aldéhyde salicylique, ajoutent que le sang possède à ce point de vue un pouvoir tout différent, suivant l'animal dont il provient. Ainsi, le sang des animaux âgés est beaucoup moins oxydant que celui des animaux jeunes.

De plus, le foie, la rate, le poumon ont un pouvoir oxydant marqué sur l'aldéhyde salicylique ; les capsules surrénales, le thymus,

la thyroïde, le testicule, le rein ont un pouvoir moins fort; les muscles, le pancréas, le cerveau n'en ont pas du tout.

Ce pouvoir oxydant ne disparaît que quand on chauffe les organes à 100°; à cette température, l'activité des ferments solubles est supprimée. Dans ces conditions, il est à supposer que les oxydations organiques dépendent de l'activité d'un ferment soluble inconnu jusqu'à présent.

Ablation de l'estomac du chat.

M. Pachon. — L'orateur a enlevé l'estomac à un chat avec M. Carvallo, et il communique à la Société les résultats qu'ils ont observés après cette opération. La nutrition générale est dans un état normal d'équilibre. Les trois espèces d'aliments : albuminoïdes, hydrates de carbone et graisses, se digèrent très bien. Mais la digestion du lait est défectueuse. Ce que l'animal supporte le mieux, c'est une bouillie composée de lait, de farine de riz et d'un jaune d'œuf. Enfin, la viande cuite se digère parfaitement, tandis que la viande crue ne se digère que d'une manière imparfaite.

M. Dastre. — L'on sait, en effet, que le suc gastrique fait subir à la viande des modifications semblables à celles de la cuisson.

Elimination du chlorure de sodium en excès dans le sang.

MM. Surmont et **Brunelle** (de Lille). — Pour voir comment le chlorure de sodium en excès dans la circulation s'élimine au niveau de l'estomac, nous avons injecté 5 grammes de chlorure de sodium dans la vessie d'un chien et une heure après nous avons examiné le suc gastrique. Il y avait diminution de l'acidité totale, du chlore total et de la chlorhydrie, tandis qu'il y avait augmentation du chlore fixe. C'est donc sous cette dernière forme que s'élimine par la muqueuse gastrique le chlorure de sodium en excès dans le sang.

Lymphatiques génitaux et lymphatiques du rectum de la femme.

M. Morau. — Les lymphatiques du tiers moyen du vagin se résolvent en deux troncs médians, que l'on peut voir sur la paroi postérieure de cet organe. Ces deux troncs donnent naissance à un fin réseau qui se porte vers le rectum et communique avec celui de la tunique musculaire de ce dernier conduit, partout où il y a contact entre le vagin et le rectum. Ainsi s'explique la propagation par voie lymphatique d'une infection vagino-utérine du rectum, et réciproquement. J.-P.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 24 AU 29 DÉCEMBRE 1894

EXAMENS

Lundi 24 décembre. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Retterer, Sebileau. — 3e Oral (1re partie) : MM. Tillaux, Tuffier, Varnier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Marchand, Delbet, Lejars. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. A. Robin, Déjerine, Chauffard.

Mardi 25 décembre. — Pas d'actes.

Mercredi 26 décembre. — *Médecine opératoire* : MM. Farabeuf, Tuffier, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Brissaud, Retterer. — 3e Oral (1re partie) : MM. Delbet, Marchand, Sebileau.

Jeudi 27 décembre. — *Médecine opératoire* : MM. Farabeuf, Quénu, Poirier. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Cornil, Le Dentu, Maygrier. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Berger, Bar, Brun.

Vendredi 28 décembre. — 2e (2e partie) : MM. Gley, Lejars, Retterer. — 3e (2e partie) : MM. Straus, Letulle, Potrier. — 4e : MM Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Ricard, Sebileau. — 5e (2e partie), Charité : MM. A. Robin, Brissaud, Chauffard. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudeloque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 29 décembre. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Gilbert, Roger. — 4e : MM. Pouchet, Raymond, Ballet. — 5 (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Duplay, Quénu, Albarran. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Hanot, Hallopeau, Chantemesse. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Troisier, Marfan, Ménétrier. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Sages-femmes de 1re classe. — MM. Pinard, Heim, Fauconnier.

THÈSES

Mercredi 26 décembre, à 1 heure. — *M. Mazarakis* : Contribution à l'étude de l'étiologie du traitement et de l'esthiomène de la région vulvo-anale. — *M. Dacheux* : La vessie irritable chez la femme. — *M. Chaumier* : Traitement des congestions actives des voies respiratoires par les enveloppements hydriques. — *M. Brumauld des Houlières* : Contribution à l'étude de l'amygdalite aiguë. Analogie des orchites amygdaliennes et des orchites ourliennes dans quelques cas particuliers. — *M. Oudiné* : Curabilité de la cirrhose alcoolique. — *M. Levet* : Essai clinique sur la claudication intermittente consécutive à l'artérite syphilitique des membres inférieurs.

Jeudi 27 décembre, à 1 heure. — *M. Magendie-Husté* : Etude sur le cloisonnement transversal du vagin au point de vue obstétrical. — *M. Leblais* : De la puberté dans l'hémiplégie spasmodique infantile. — *M. Tixeron* : Traitement des infections blennorrhagiques de la femme par le permanganate de potasse. — *M. Grenouille* : La contractilité du muscle vésical à l'état normal et pathologique. — *M. Filaudeau* : De la rétention d'urine post-traumatique. — *M. Legal* : Etude sur le traitement chirurgical des prolapsus utérins. — *M. Morel* : Contribution à l'étude clinique de la tuberculose de l'omoplate.

Samedi 29 décembre, à 1 heure. — *M. Sauvage* : Essai sur les abcès froids de la langue. — *M. Fort* : Traitement de la métrite par la solution du chlorure de zinc à un dixième. — *M. Cocheril* : Essai sur la restauration du pavillon de l'oreille.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS

Faculté de médecine de Paris.

Vacances du jour de l'an : du 30 décembre 1894 au 6 janvier 1895.

INSCRIPTIONS

Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 9 janvier 1895. — Il sera clos le jeudi 7 février, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi.

1° Inscriptions de première année de doctorat, les 9, 10 et 11 janvier;

2° Inscriptions de deuxième, troisième et quatrième année de doctorat, — deuxième, troisième et quatrième année d'officiat, les 11, 12, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 30 janvier, 2, 6 et 7 février.

Les inscriptions ne seront accordées en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris l'inscription trimestrielle aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

AVIS SPÉCIAL A MM. LES INTERNES ET EXTERNES DES HOPITAUX

MM. les étudiants, internes ou externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le premier trimestre de 1894-1895. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

RÈGLEMENT RELATIF AU CLASSEMENT DES STAGIAIRES.

Les stagiaires seront répartis par année (art. 3 et 9 du décret), et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec : — pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions.

Les élèves en cours irrégulier d'études seront classés les derniers.

C'est dans le même ordre que les stagiaires seront appelés à choisir les services dans lesquels ils désireront faire le stage.

Aucune exception à cette règle ne sera admise.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée aux stagiaires.

Les titulaires d'enseignement devront s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement.

Le choix des services aura lieu dans la première quinzaine de novembre, pour le trimestre de décembre à février inclus, et dans la première quinzaine de février, pour le trimestre de mars à mi-juin.

Les listes des stagiaires seront arrêtées le 15 novembre et le 15 février, pour être immédiatement transmises au directeur de l'Assistance publique.

Ceux qui n'y seraient pas inscrits ne pourraient pas prendre d'inscriptions.

L'inscription de janvier sera délivrée au stagiaire qui aura été régulièrement inscrit et classé; — l'inscription d'avril ne sera délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de décembre à février inclus; — l'inscription de juillet ne sera délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de mars à mi-juin.

L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin (art. 7), le stage commencera irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

AVIS AUX ÉTUDIANTS, ASPIRANTS A L'OFFICIAT

En vertu des règlements intervenus entre la Faculté et l'Assistance publique, MM. les étudiants en médecine, aspirants à l'officiat, ne seront pas compris dans le classement officiel des stagiaires.

Ils suivront les services hospitaliers qu'ils choisiront eux-mêmes, et produiront des certificats de leurs chefs de service, pour prendre leurs inscriptions en janvier, avril et juillet.

HOPITAUX DE PARIS

Mutations des accoucheurs des hôpitaux.

M. Budin passe de la Charité à la Maternité, comme accoucheur en chef; M. Porak passe de Lariboisière à la Charité; M. Maygrier passe de la Pitié à Lariboisière; M. Doléris passe du Bureau Central à la Pitié; M. Auvard passe du Bureau Central à la Maternité, comme accoucheur-adjoint.

Mutations dans les services chirurgicaux.

Sauf modifications, les mutations suivantes auront lieu le 1er janvier prochain dans les services chirurgicaux des hôpitaux de Paris:

M. Championnière passe de Saint-Louis à Beaujon; M. Reynier, de Tenon à Lariboisière; M. Nélaton, de Tenon à Saint-Louis; M. Prengrueber, de la Maison municipale de santé à Tenon; M. Gérard-Marchant, d'Ivry à Tenon; M. Tuffier, du Bureau central à la Maison municipale de santé, et M. Picqué, du Bureau central à Bicêtre.

Concours du prix de l'Internat (médecine).

La médaille d'or est décernée à M. Gouget et la médaille d'argent à M. Besançon; une mention honorable a été accordée à M. Durante.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix de 1894.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1,000 francs. (Annuel.)

Question: *De l'étiologie de la grippe.*

Cinq mémoires ont été adressés pour ce concours.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement les récompenses suivantes:

1° 200 francs à M. le docteur Antony, médecin-major de 1re classe, au Val-de-Grâce, auteur du mémoire n° 1;

2° 200 francs à M. le docteur Jacquemart, de Paris, pour son mémoire portant le n° 2;

3° 200 francs à MM. les docteurs Sapelier et Villecourt, médecins à la Maison départementale de Nanterre, auteurs du mémoire n° 3;

4° 200 francs à M. le docteur Trouillet, médecin aide-major de 1re classe au 14e bataillon de chasseurs à pied, et M. le docteur Esprit, aide-major de 1re classe au 4e régiment du génie à Grenoble, pour leur mémoire portant le n° 4;

5° 200 francs à M. le docteur Chiais, de Menton, auteur du mémoire n° 5.

PRIX ALVARENGA de Piauhy (Brésil). — 800 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Treize ouvrages ou mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie.

Le prix est décerné à M. le docteur Choux, médecin-major de 1re classe, à l'hôpital militaire de Vincennes, pour son mémoire inscrit sous le n° 6.

PRIX AMUSAT. — 800 francs. (Bisannuel.)

Décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Trois ouvrages ont été soumis au concours.

Le prix est décerné à M. le docteur Mauclaire, de Paris, auteur du travail inscrit sous le n° 3.

PRIX BAILLARGER. — 200 francs. (Bisannuel.)

Décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés aux aliénés.

Deux concurrents se sont présentés.

L'Académie partage le prix entre les deux candidats, M. le docteur Bourneville, de Paris, et M. le docteur A. Marif, directeur de la Colonie familiale de la Seine, à Dun-sur-Auron (Cher).

PRIX BARBIER. — 2,500 francs. (Annuel.)

Décerné à celui qui aura découvert les moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc., etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Neuf candidats se sont présentés.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les encouragements suivants:

1° 1,000 francs à MM. les docteurs Bruhl et Dubief, de Paris, pour leur mémoire fait en collaboration et inscrit sous le n° 7;

2° 300 francs à M. le docteur Galliard, de Paris, pour son ouvrage inscrit sous le n° 8;

3° 300 francs à l'auteur du mémoire n° 1, M. le docteur Bertin, médecin des Epidémies, à Nantes;

4° 300 francs à M. le docteur Luton, de Reims, auteur du travail inscrit sous le n° 4.

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1,200 francs. (Annuel.)

Décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Trois ouvrages ont été adressés au concours.

L'Académie décerne:

1° Un prix de 900 francs à MM. les docteurs Quénu et Lejars, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris, pour leur ouvrage fait en collaboration portant le n° 2;

2° Un encouragement de 300 francs à M. le docteur Arrou, de Paris, auteur du travail inscrit sous le n° 3;

3° Enfin une mention honorable à M. le docteur Thibaudet, de Saint-Claude (Jura), pour son ouvrage enregistré sous le n° 1.

PRIX HENRI BUIGNET. — 1,500 francs. (Annuel.)

Décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé,

65e Année. 9e Série. Tome I — N° 52 — 29 Décembre 1894

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU
Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon.

LA *GAZETTE MÉDICALE DE PARIS*

Depuis l'orientation nouvelle que la Direction lui a imprimée, la *Gazette Médicale de Paris* voit, chaque semaine, augmenter le nombre de ses abonnés et de ses acheteurs au numéro.

Nous savons que les praticiens et les étudiants ont surtout prisé, dans notre journal, en dehors des travaux originaux et des leçons qu'il a publiés, le compte rendu très soigné des intéressantes discussions de la Société de Chirurgie, signé, depuis quelques mois, par notre rédacteur en chef lui-même, et les « Notes pour l'Internat » qui occupent plusieurs colonnes de chaque numéro.

Nous voulons faire dorénavant pour la Société médicale des Hôpitaux ce que nous avons fait jusqu'à ce jour pour la Société de Chirurgie ; désormais, nous donnerons donc un compte rendu très détaillé de chacune de ses séances.

La Société de Chirurgie et la Société médicale des Hôpitaux sont celles, en effet, qui intéressent plus particulièrement le praticien.

Il est inutile d'ajouter que nous continuerons à publier les « Notes pour l'internat », dont le succès va toujours croissant, car leur portée dépasse leur titre modeste ; tous ceux, en effet, qui, après le doctorat, ont des concours à préparer, ne trouvent pas moins d'intérêt que les élèves des hôpitaux ou les praticiens eux-mêmes à lire ces notes et à les méditer.

Enfin, dans chaque numéro, les étudiants trouveront désormais la liste des questions posées, pendant la semaine, aux examens de doctorat, par les juges de la Faculté.

Tous nos abonnements prennent fin au 1er janvier; nous prions donc instamment nos souscripteurs de nous envoyer la valeur de leur renouvellement le plus tôt possible. Nous prenons la liberté de leur rappeler qu'à moins d'avis contraire de leur part, nous ferons présenter la quittance à partir du 15 janvier à ceux qui n'auront pas envoyé le montant de leur abonnement.

Nous prions donc nos lecteurs : 1° de nous adresser la valeur de leur abonnement par mandat-poste; 2° de joindre à leur lettre, pour éviter toute erreur, une bande du journal.

La Direction.

REVUE ANALYTIQUE

Maladies infectieuses.

I. Etiologie et pathogénie de la fièvre typhoïde, par M. Ch. Bourgeois. Th. Paris, 1894.

II. Contribution à l'étude de l'étiologie de la fièvre typhoïde, spécialement dans les petites localités, par M. Stéphane Asselin. Th. Paris, 1894.

III. De la fièvre typhoïde apyrétique, par M. Ricardo Ortiz. Th. Paris, 1894.

IV. Contribution à l'étude clinique de la myocardite typhoïdique chez l'enfant, par Mlle Olschewska. Th. Paris, 1894.

V. Considérations sur la dernière épidémie de fièvre typhoïde à l'hôpital Bichat et sur le traitement par les bains froids, par M. Marc Clergue. Th. Paris, 1894.

VI. Considérations sur les récidives de la fièvre typhoïde, par M. Albert Narboni. Th. Paris, 1894.

VII. Fièvre typhoïde et fièvre puerpérale, par Mme Dorothée Cellier. Th. Paris, 1894.

VIII. Le typhus exanthématique au Havre en 1893. — Origine américaine de l'épidémie française de 1892-1893, par M. A. Charlier. Th. Paris, 1894.

IX. Contribution à l'étude du typhus exanthématique et particulièrement des troubles digestifs, par M. C. Chantier. Th. Paris, 1894.

X. Sur le choléra asiatique de 1892-1893 en Russie et sur les mesures administratives prises par le gouvernement contre cette épidémie, par Mlle Sophie Bologowski. Th. Paris, 1894.

XI. Recherches sur le mode de destruction du vibrion cholérique dans l'organisme. — Contribution à l'étude

du problème de l'immunité, par M. Jean Cantacuzène. Th. Paris, 1894.

XII. La fièvre jaune. — Des mesures hygiéniques et prophylactiques à prendre à bord des navires marchands, par M. E. Verneuil. Th. Paris, 1894.

XIII. De l'éléphantiasis exotique. — Ses rapports avec la filaire du sang, par M. Albert Cégan. Th. Paris, 1894.

XIV. Du paludisme dans le canton d'Evran (Côtes-du-Nord), par M. Alphonse Hamel. Th. Paris, 1894.

I. — Une anecdote racontée par M. Bourgeois. Dans une garnison de province sévissait la fièvre typhoïde. L'examen bactériologique avait innocenté la propagation par l'eau. Dans son rapport, le médecin traitant démontrait que des conditions défectueuses d'hygiène étaient la cause unique de l'épidémie ; il fallait assainir la caserne et améliorer la nourriture des hommes. Quelle fut la réponse envoyée de haut lieu ? Une caisse de filtres Chamberland.

Pour la spécificité de la fièvre typhoïde, on est un peu tombé dans un travers analogue; on a enfermé les faits dans le cadre de la doctrine régnante. Toute fièvre typhoïde devait naître d'une fièvre typhoïde, tel était l'article de foi. Hors de là, pas de vérité possible. Etaient considérées comme en défaut d'observations les épidémies qui sévissaient dans des villages perdus, en dehors de toute contagion antérieure. Et voici qu'une réaction se produit. La spontanéité morbide de l'ancienne médecine reparait sous le nom d'auto-infection. La bactériologie se met d'accord avec les données cliniques. Les expériences les plus récentes, celles de M. Sanarelli, en particulier, démontrent que les toxines du coli-bacilleet celles du bacille d'Eberth déterminent des lésions intestinales presque identiques, en sorte qu'il est difficile de spécifier lequel des deux microorganismes : coli-bacille ou bacille d'Eberth, est l'agent pathogène de la fièvre typhoïde. Pareilles idées, nous les avons défendues trop souvent dans la *Gazette* pour ne pas applaudir à leur consécration officielle. Après M. Roger, M. Bourgeois n'hésite pas à nous déclarer qu'en dehors de l'eau et aussi bien qu'elle, certaines conditions pathogéniques encombrement, agglomération, infection du sol, surmenage, sont susceptibles de créer la fièvre typhoïde.

II. — Sans discuter les questions doctrinales, M. Asselin se borne à nous conter l'histoire de trois épidémies de fièvre typhoïde. Dix-huit, quinze et sept malades ont été alités à tour de rôle. Dans les deux premières épidémies, la contagion s'était faite par le malade directement à son entourage. La dernière épidémie a été due à l'usage d'une eau de citerne contaminée.

III. — Une maladie infectieuse peut-elle évoluer sans fièvre ? Assurément. L'absence d'ascension thermique est due tantôt à l'affaiblissement primitif de l'organisme. Le terrain surmené ne fait plus de fièvre. Mais il faut encore compter avec les toxines microbiennes ou cellulaires. Les toxines microbiennes sont parfois sécrétées en quantités trop faibles pour influencer les centres thermiques. C'est le cas, semble-t-il, de la scarlatine apyrétique que nous avons décrite dans ce journal (1893, p. 100 et 109). Dans d'autres cas, on réservera une place prépondérante à l'action hypothermisante de certains microorganismes (coli-bacille, staphylocoque pyogène) ; on n'oubliera pas la paralysie des centres thermiques que provoquent les toxines microbiennes à dose excessive (hypothermie des pneumonies infectieuses) ; on songera encore aux déchets organiques qui, surtout en cas de lésion rénale, encombrent les tissus infectés (Teissier). Pour la fièvre typhoïde dont s'occupe M. Ortiz, il semble que les substances hypothermisantes renfermées dans les toxines du bacille d'Eberth soient la cause principale de l'apyrexie. La maladie, tout en se montrant bénigne dans la majorité des cas, peut aussi aboutir à la mort, et l'intensité des accidents nerveux observés à l'occasion indique bien qu'on ne doit pas invoquer comme cause de l'apyrexie la faible quantité de toxines microbiennes sécrétées. L'auteur rapporte deux observations personnelles recueillies dans le service de M. Potain et terminées par la guérison. Dans l'une d'elles, le graphique n'indique qu'une température maxima de 37°8.

IV. — Dernièrement, M. Huchard protestait avec raison à la Société médicale des Hôpitaux. Il trouvait abusive la tendance à baptiser du nom de myocardite toutes les altérations du rhythme cardiaque que l'on observe dans la fièvre typhoïde. Sans doute la myocardite typhique existe et nul ne le conteste ; seulement les troubles de l'innervation cardiaque existent aussi, et distinguer la myocardite des accidents nerveux n'est pas toujours aisé. Dans sa thèse, Mlle Olschewska ne parle que de la myocardite typhique chez l'enfant. Pas un mot à l'égard des troubles nerveux qui peuvent simuler cette myocardite.

V. — La méthode de Brand ne donne pas toujours ce qu'on attend d'elle, nous confie M. Clergue. Elle laisse une porte ouverte à nombre de complications de la fièvre typhoïde : ostéo-périostites, arthrites, hémorrhagies intestinales, otite et suppuration des cellules mastoïdiennes, hémorrhoïdes, rechutes, tout cela a été enregistré sur des typhiques baignés suivant toutes les règles, dans le service du Dr Roques à l'hôpital Bichat. Le petit nombre de malades soignés semblerait presque mettre de pareils accidents à l'actif du traitement si l'on perdait de vue la gravité toute spéciale de l'épidémie de 1894.

VI. — Si rare soit-elle, la récidive de la fièvre typhoïde a été maintes fois constatée et M. Narboni dépose, observations en main, que, contrairement à l'opinion courante, ces récidives ne sont pas toujours bénignes.

VII. — Ce n'est pas que l'expulsion prématurée du produit de la conception qu'ont à redouter les femmes enceintes livrées à l'infection typhique. Elles offrent encore un terrain favorable aux infections secondaires et la plaie utérine est un champ tout préparé pour la septicémie puerpérale. C'est l'histoire de la fièvre typhoïde compliquée de fièvre puerpérale que nous rapporte Mme Chellier. Inutile d'insister sur la gravité de l'association du streptocoque et du bacille d'Eberth. C'est dans ces cas qu'une antisepsie vaginale minutieuse est le moyen préventif de rigueur.

VIII. — Le typhus de 1892-1893 tenait-il à un réveil de l'endémie bretonne ? Non pas, affirme M. Charlier. Le typhus arrivait en droite ligne de New-York. Etes-vous curieux de connaître comment il avait été importé à New-York ? Par des juifs venant de Russie, nous apprend M. Charlier. L'auteur a traité 28 malades; 11 ont succombé. Le mode de contamination le plus probable a été le contact direct. L'incubation semble avoir duré de 10 à 15 jours. A signaler, parmi les symptômes, le tracé graphique de la température avec sa courbe en plateau, coupée par des encoches en V de 2 degrés au plus. La défervescence — en lysis ou brusque, — s'opérait en moyenne vers le treizième jour.

IX. — Comme signes différentiels entre le typhus et la fièvre typhoïde, on a fait valoir l'existence de la diarrhée dans la fièvre typhoïde. Le typhus, au contraire, serait accompagné de constipation. Ce n'est pas là une règle générale et, d'après M. Chautier, la diarrhée est souvent constatée au cours du typhus. Se montrant dans le deuxième septénaire, alternant fréquemment avec la constipation, elle n'est pas d'un pronostic défavorable.

X. — Moins rares que les apparitions de typhus, les épidémies de choléra répètent un peu trop fréquemment leurs promenades à travers l'Europe. Rassurons-nous. Nous n'avons rien à craindre du côté de la Russie. Mlle Bologowski nous détaille la sagesse des mesures sanitaires prises par son gouvernement. Le canal de Suez, voilà la voie unique qu'on concèdera désormais au passage des épidémies cholériques.

XI. — A supposer même que les mesures administratives ne

nous préservent pas du choléra, nous ne deviendrons pas pour cela les victimes de l'infection.

Nous possédons dans nos phagocytes des défenseurs vigilants contre les vibrions cholériques. Ce n'est pas à M. Cantacuzène qu'il faut parler de l'action bactéricide des humeurs. Elève de M. Metchnikoff, il nous démontre la toute puissance des phagocytes : ce sont eux les uniques agents de destruction des vibrions cholériques, une fois que ces derniers ont pénétré dans les tissus. Si la teinture d'opium supprime l'immunité des cobayes, c'est qu'elle paralyse les leucocytes et empêche la diapédèse. A la vérité, la destruction des vibrions qui se fait dans l'intestin avant la pénétration dans le sang peut être rapportée à l'action bactéricide du milieu. Mais cette action bactéricide est le résultat d'une sorte de concurrence entre espèces microbiennes différentes. Le bacille de Koch est supprimé par des collègues microbiens qui ont établi leur domicile inoffensif dans l'intestin normal. Très étudié, appuyé sur de nombreuses expériences, illustré de planches en couleur, le mémoire de M. Cantacuzène est à lire.

XII. — C'est la fièvre jaune dont nous entretient M. Verneuil; il a visité le laboratoire de M. Domingos-Frère. Et le microbe du professeur brésilien, qu'en pense notre auteur? Hélas! c'est du sang d'individus morts de la fièvre jaune, depuis quelque temps déjà, que ce microbe spécifique a été extrait? Rien d'étonnant à ce qu'à pareille technique ne réponde pas le succès des vaccinations préventives.

XIII. — On sait que la filaire est la cause de l'éléphantiasis des Arabes. Elle agit par action mécanique en obstruant les vaisseaux. Imitant la conduite de M. le professeur Tédenat (de Montpellier), M. Cégan préconise le traitement au moyen de compresses antiseptiques, du massage et surtout des injections au chlorure de zinc au 1/20e.

Deux observations personnelles constatent les bons effets de cette méthode thérapeutique. Une vingtaine d'injections de quatre gouttes chacune et espacées de quelques jours ont en moyenne été nécessaires.

XIV. — Toutes les méthodes thérapeutiques nouvelles ne conduisent pas à semblable succès. A prenve le bleu de méthylène prôné contre le paludisme. Entre les mains de M. Hamel, il n'a donné aucun résultat satisfaisant. Quelle qu'ait été la durée du traitement, jamais un retour fébrile n'a été empêché par l'administration du médicament. Et l'auteur l'a prescrit dans les formes les plus diverses du paludisme, le canton d'Evran où il pratique étant riche en fièvres intermittentes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 décembre.—Présidence de M. Lucas-Championnière.

Abcès encéphaliques d'origine otorrhéique.

M. Gérard-Marchant. — Je relève, dans la communication si intéressante que vous a faite M. Picqué au cours de la dernière séance, plusieurs points qui me paraissent devoir être discutés Ces points touchent à l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des abcès encéphaliques.

En ce qui concerne l'anatomie pathologique, il faut savoir que les abcès encéphaliques d'origine otique sont rares. Sur 90 cas de trépanation mastoïdienne, Broca n'a trouvé qu'un abcès cérébral; moi-même, sur 30 interventions, je n'ai rencontré qu'un abcès cérébelleux. Il ne faut donc pas tomber dans l'erreur qui consisterait à faire rentrer la description des abcès encéphaliques dans le chapitre des suppurations de l'oreille. A côté de celles-ci, n'y a-t-il pas, entre autres causes de ces abcès, l'ostéomyélite, la tuberculose des os du crâne? Signalez l'otite parmi les causes des abcès cérébraux; et réservez une place importante à ces abcès dans le chapitre de l'anatomie pathologique et des complications de l'oto-mastoïdite, soit; mais ne touchez pas, au point de vue clinique, à la description d'ensemble des suppurations encéphaliques qui doit avoir sa page à elle, tout aussi bien que celle des abcès du foie et du sinus maxillaire, malgré les relations de chacun de ceux-ci soit avec la dysenterie, soit avec le coryza.

En ce qui concerne le diagnostic, je trouve M. Picqué pessimiste, quand il dit que les notions classiques sont tout à fait insuffisantes. Mais n'est-ce pas cependant dans nos traités classiques qu'on rencontre cette division des abcès encéphaliques, acceptée par M. Picqué, en : 1° *abcès de la zône psycho-motrice*; 2° *abcès de la zône latente*, les premiers se traduisant par des troubles moteurs localisés, les seconds par de la fièvre, de la douleur locale, du frisson ? Que ces symptômes soient quelquefois insuffisants, d'accord; qu'ils ne nous permettent pas toujours, quand les accidents persistent après la trépanation mastoïdienne, de dire s'il y a ou non suppuration crânienne certaine : d'accord encore. Mais enfin, ils ont bien leur valeur.

En ce qui concerne le traitement, je suis d'avis qu'il ne faut point aller de suite jusque dans le crâne. Qu'on ouvre la mastoïde et qu'on attende. Non seulement tout rentrera d'ordinaire dans l'ordre, mais même on verra quelquefois s'atténuer d'elles-mêmes, après un retour offensif quelque peu inquiétant, la douleur et la fièvre, car ce retour offensif, après la trépanation mastoïdienne, n'est pas exceptionnel.

Entéro-anastomose par le procédé de Murphy.

M. Ch. Monod. — J'ai apporté une petite modification à la gastro-entéro-anastomose. Pour éviter la pression que le côlon transversal exerce quelquefois sur l'anse intestinale du grêle fixée à l'estomac, j'ai, suivant la méthode recommandée par Doyen, perforé l'épiploon gastro-colique, et, au travers de la boutonnière ainsi faite, j'ai enfoncé l'épiploon et avec lui le côlon dans l'arrière-cavité, maintenant ce dernier en place par quelques points de suture. Je me suis ingénié aussi à assurer une parfaite continuité de la cavité stomacale et de la cavité intestinale; pour cela, j'ai dû faire une torsion de l'anse intestinale fixée, amenant ainsi sa partie déclive dans la continuité de l'axe de l'estomac; mais, pour éviter les inconvénients résultant de l'éperon qui s'établit à la suite de cette manœuvre, et empêcher le passage des aliments dans le segment supérieur de l'anse duodénale, j'ai, par un procédé qui, je crois, m'appartient, relevé ce segment supérieur et l'ai maintenu par quelques points de suture le long du bord inférieur de l'estomac. J'ajoute que j'ai employé le bouton de Murphy, que l'opération a duré 46 minutes et que les suites ont été très heureuses. Le procédé de Murphy est vraiment excellent : il rend l'opération facile et rapide.

M. Quénu. — Les précautions qu'a prises M. Monod sont peut-être excellentes; mais il ne faut pas oublier que son opération a duré quarante-six minutes, tout autant que s'il avait appliqué le procédé des sutures. Alors où est l'avantage ?

Un de mes malades vient de mourir, trois jours après une gastro-entéro-anastomose; j'ai trouvé, à l'autopsie, un petit écartement entre les deux viscères; à ce niveau, dans un espace de deux millimètres, on voyait les parois du bouton dont les deux moitiés n'étaient pas en contact. Je n'avais pas exercé une constriction assez forte. J'avais donc raison de dire l'autre jour à mon collègue et ami Chaput : Le danger n'est pas de trop serrer, il est de ne pas assez serrer. Quoique pénétré de cette idée, j'ai commis la faute. Ce n'est pas après sphacèle des parois, comme l'ont dit Chaput et Demons, c'est par séparation des deux parties du bouton — séparation due à une constriction insuffisante — que les matières se répandent dans l'abdomen et déterminent de la péritonite.

M. Chaput. — Le procédé employé par M. Monod appartient à

Billroth; il a déjà été utilisé par M. Pozzi. Ces deux chirurgiens, pour éviter l'éperon et le passage des aliments dans le bout supérieur, ont, en effet, suturé l'anse duodénale au bord inférieur de l'estomac; personnellement, je saisis cette anse dans une lanière de gaze iodoformée peu serrée et, grâce à elle, je transporte à droite, par une traction légère, l'éperon qui disparaît ainsi et que je fixe dans sa nouvelle position.

Je ne vois pas quels sont les avantages du traitement que M. Monod fait subir au côlon transverse. La perforation du mésocôlon, employée par Hacker, a pour but de permettre une anastomose postérieure qui assure une meilleure continuité de l'estomac et de l'intestin; or si, dans cette perforation du mésocôlon, vous engagez le côlon, vous voilà obligé de faire l'anastomose antérieure. Et c'est justement quand on pratique cette anastomose antérieure qu'on est obligé, si l'on veut que la portion déclive de l'anse soit en continuité avec la direction de l'estomac, de constituer l'éperon gênant dont M. Monod parlait tout à l'heure et contre lequel il faut employer, soit le procédé de Billroth, soit le mien.

Mes idées n'ont pas changé sur la valeur du bouton de Murphy. On vient de me signaler un cas d'occlusion, un cas de fistule stomacale, un cas où l'expulsion sera tardive (si elle s'opère): six semaines.

M. Quénu. — Citez des faits: on ne peut pas discuter autrement. Occlusion peut-être, mais pourquoi?

M. Chaput. — Ces faits ont été portés à ma connaissance par hasard, mais ils sont certains. J'aurais mauvaise grâce à en donner le détail, car ils sont la propriété de l'opérateur. Attendons qu'il les signale lui-même.

M. Pozzi. — Le procédé auquel M. Monod fait allusion appartient à Billroth; je l'ai employé déjà.

Trépanation costale pour pleurésie purulente.

M. Michaux. — M. Rey (d'Alger) propose, dans un travail qu'il vous a envoyé, de remplacer par la trépanation costale les traitements jusqu'à ce jour employés contre la pleurésie purulente: ainsi ressuscite le procédé qui semblait mort depuis longtemps: celui de Reybard. La neuvième et la huitième côtes étant les plus larges, c'est sur elles qu'il faut opérer; à 7 centimètres de l'angle postérieur, elles ont: l'une 16, l'autre 18 millimètres de hauteur. On peut donc, sans aucun risque de blesser les vaisseaux intercostaux, appliquer sur ces côtes, à cet endroit, une couronne trépanique d'un centimètre. A son procédé de trépanation, M. Rey trouve trois avantages: 1° Il permet, dit-il, d'ouvrir largement la cavité pleurale sans chevauchement ultérieur des côtes; 2° Il assure l'intégrité complète de la cage thoracique et son bon fonctionnement; 3° Il facilite le rétablissement de la fonction respiratoire puisque, précisément, le squelette du thorax reste intact. Sans doute, M. Rey a eu une ingénieuse idée; mais quel besoin avions-nous de cette résurrection de la méthode de Reybard? Pour les pleurésies bénignes, n'avons-nous pas l'aspiration simple qui guérit quelquefois? Et pour toutes les autres n'avons-nous pas dans l'empyème, dont nous pouvons varier à l'infini, en les adaptant à chaque cas particulier, l'étendue et la situation, empyème que nous pouvons associer ou non à la résection costale, empyème qui nous permet d'explorer la cavité pleurale et les surfaces purulentes, et qui enfin, quoi qu'en dise M. Rey, ne constitue aucun danger pour les vaisseaux intercostaux? Il n'y a donc rien à changer à notre conduite; le procédé de M. Rey ne fera pas fortune.

M. Tillaux. — Alors, la face externe de la neuvième côte a 18 millimètres de large. Et cela, sur tout le monde, hommes, femmes, grands et petits! Et c'est en raison de cette dimension officielle qu'on peut, sans risque de blesser les vaisseaux, appliquer une couronne de trépan d'un centimètre! Mais si, par hasard, quelques individus désobéissaient à ces proportions obligatoires...

Suture du nerf médian et des tendons fléchisseurs en plein foyer de suppuration.

M. Quénu. — Un Arabe, dans un accident, se coupe le nerf médian et les tendons fléchisseurs des doigts. Bientôt, survient un phlegmon de la paume de la main. Le malade fait appel aux soins de M. Cahier (du Val-de-Grâce) qui, en plein foyer de suppuration, pratique la suture du nerf et des tendons sectionnés. Au bout de peu de temps, retour de la sensibilité et réapparition des mouvements de flexion. M. Cahier conclut de cette observation qu'on peut obtenir un résultat favorable par la suture, au milieu d'une nappe purulente, des tendons et des nerfs. Les conclusions de l'auteur sont tout à fait discutables. Son malade a présenté des accidents de névrite douloureuse, et c'est sous leur influence dynamogénique que la sensibilité a fait sa réapparition dans le territoire du nerf intéressé. Plus tard, la régénération tardive s'est opérée, il est vrai, mais elle aurait sans doute mieux encore accompli son évolution si le malade avait été opéré plus tard, après stérilisation du foyer phlegmoneux. Il ne faudrait pas non plus arguer en faveur de l'intervention de M. Cahier de la restauration fonctionnelle des tendons. Il est possible, sinon probable, qu'ils se sont réparés spontanément par réunion secondaire, par adhérence inflammatoire. La conduite de M. Cahier ne me paraît pas empreinte d'un juste sentiment de la chirurgie. Quand il s'agit de la plaie d'un organe vital, une artère, par exemple, l'hésitation n'est pas permise: coûte que coûte et quelles que soient les conditions, il faut lier et, par conséquent, opérer de suite. Mais, pour un nerf, pour des tendons, on peut attendre. Dans l'espèce, il fallait d'abord soigner le phlegmon, stériliser le foyer purulent et opérer après guérison. Sans doute, M. Cahier a évité les gros accidents, mais, au total, son malade a eu de la névrite douloureuse; il a suppuré pendant longtemps; plusieurs fils ont été successivement éliminés. Ce n'est pas là un exemple à suivre.

Ablation d'un cancer du larynx.

M. Maunoury (de Chartres) présente un malade à qui il a pratiqué l'extirpation du larynx pour un épithélioma siégeant dans la région ventriculaire. Les troubles respiratoires avaient nécessité une trachéotomie préventive. M. Maunoury, n'étant pas exactement fixé sur la nature et le siège du néoplasme, au lieu de suivre scrupuleusement le procédé de Perrier, a commencé l'opération par une taille laryngée médiane pour étudier les connexions du néoplasme, après avoir assuré la respiration par l'introduction dans la trachée de la canule de Perrier.

M. Quénu. — Je ne saurais trop approuver la conduite de M. Maunoury. Récemment, j'ai pratiqué aussi la section médiane du larynx comme premier temps d'une opération que je pensais devoir être une extirpation complète et qui s'est réduite, en définitive, à l'ablation des cordes vocales supérieures. Il y a là une notion très importante à retenir. Mais je reviendrai prochainement sur ce sujet en présentant mon malade qui, du reste, va très bien.

Restauration des fosses nasales par l'enfouissement, au sein des tissus, d'un trépied métallique.

M. Chaput fait une communication sur ce sujet et montre les photographies d'une malade récemment opérée et présentée, dans la dernière séance, à la Société de chirurgie. Plusieurs membres demandant la parole, la discussion est renvoyée à mercredi prochain. Nous donnerons donc dans notre premier numéro une analyse du travail de M. Chaput et de la discussion qui s'engagera à son sujet.

Elections.

Ont été nommés pour 1895:

Président: M. Th. Anger. *Vice-président*: M. Monod. *Secrétaire général*: M. P. Reclus. *Secrétaires des séances*: MM. Segond et Quénu. *Trésorier*: M. Schwartz. *Archiviste*: M. Brun.

PIERRE SEBILEAU.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 décembre.

Contribution à l'origine infectieuse de la sclérose cérébro-spinale.

M. Rendu. — J'ai l'honneur d'apporter à la connaissance de la Société deux cas complexes d'affections du système nerveux consécutives à une infection grippale. La question n'est pas neuve, je le sais ; c'est M. Marie, le premier, qui a établi l'origine infectieuse de différentes maladies nerveuses, chez les enfants d'abord, chez les adultes ensuite. Les méningites aiguës, certaines encéphalites partielles aboutissant à la sclérose, sont, depuis longtemps déjà, classées dans cette catégorie. Parmi les infections causales de ces maladies, il convient de signaler, avant tout, la pneumonie, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, l'érysipèle, le rhumatisme, l'impaludisme, la dysenterie, le choléra. Dans cette liste, il ne faut pas oublier la grippe ; on connaît déjà des paralysies consécutives à cette infection. Elle fait plus, elle peut déterminer des scléroses du système cérébro-spinal, ainsi que le montrent les deux observations dont je vais vous donner le résumé.

Dans la première observation, il s'agit d'un de mes clients qui est atteint de grippe au mois de mars 1893. Cette grippe est d'intensité moyenne ; le malade en guérit rapidement, mais il conserve de la fatigue et de la lassitude. Le 3 mai, je suis de nouveau appelé auprès de ce malade, qui présente des accidents d'hémiplégie. Cette hémiplégie était survenue sans prodrômes ; elle était exclusivement motrice et siégeait du côté droit ; elle intéressait la face, ne s'accompagnait pas d'anesthésie et ne présentait pas le caractere d'une lésion corticale. Mon malade, âgé de 34 ans, n'était cependant pas atteint de syphilis, il n'avait pas davantage les stigmates de l'hystérie, on ne pouvait guère songer à de l'anémie cérébrale momentanée. Quoiqu'il en soit, l'iodure de potassium et les douches le guérirent en trois semaines. Il fut même à tel point guéri, que je n'entendis plus parler de lui avant le 1er décembre de la même année. Et je sus, à ce moment-là, qu'il avait même accompli, dans l'intervalle, une période de service militaire.

Je le trouvai alors dans un état bizarre : il titubait, il avait de la céphalée, des vertiges, des troubles de la mémoire et de l'intelligence, sa démarche était celle d'un pseudo-ataxique; c'était, en somme, un type d'ataxie cérébelleuse, mais bien incomplet, car il ne présentait pas les signes de Westphal et de Romberg. D'autre part, je constatai, ce même jour, des troubles de sensibilité; il avait de l'anesthésie incomplète, il avalait difficilement, ce qui indiquait que le bulbe n'était pas indemne. J'allai même jusqu'à me demander si mon malade n'avait pas une tumeur cérébrale. Il est vrai qu'il y avait des antécédents nerveux dans la famille.

Jusqu'à la fin du mois de décembre, ces accidents sont allés en s'aggravant. Mon malade avait de la torpeur cérébrale, était dans un grand état de fatigue et de langueur, avait abandonné ses occupations d'ingénieur, et, chose que je considérai comme particulièrement grave, il était devenu d'un optimisme exagéré.

A ce moment, je fis appel à mon collègue Raymond, qui ne constata aucun trouble nouveau. Nous dûmes éliminer toute idée de paralysie générale pour nous arrêter, en définitive, à une forme de neurasthénie bizarre. M. Raymond conseilla la campagne. Le malade y passa le mois de janvier et nous revint, en février, très sérieusement amélioré.

Mais, en mai, une aggravation se produisit. Le malade se plaignit d'affaiblissement des membres inférieurs, de paraplégie incomplète, de paresse de la vessie; la torpeur cérébrale allait en augmentant. Il présentait des phénomènes d'hystérie avec astasie-abasie. Debout, il perdait l'équilibre. Cependant, nous savons qu'il n'y avait, chez lui, rien qui pût nous permettre de conclure à du tabes. L'opinion de M. Raymond, qui d'ailleurs était la mienne, portait à penser à des troubles profonds dans les fonctions nerveuses. A ce moment, nous avons soudain constaté une exagération du réflexe tendineux du genou, avec des phénomènes de contracture momentanée.

Il y avait lieu de craindre un début de sclérose en plaques diffuse.

De juin à septembre, une amélioration se produit, le malade peut marcher. Mais, en septembre, un matin, il se réveille la tête mouillée, avec des vomissements ; tout le jour il reste terne et prostré. C'était là une crise comme on en voit dans la sclérose en plaques. Cet état de choses disparut assez vite, mais bientôt nous vîmes apparaître le tremblement.

Aujourd'hui donc, le malade est un type complet de sclérose en plaques : il ne présente plus d'astasie-abasie, il a une grande difficulté à se mouvoir, sa démarche est lente, sa parole est embarrassée, le réflexe patellaire est exagéré. Le tremblement qui a débuté par des oscillations de la tête et du cou s'est continué dans les membres supérieurs, surtout dans le membre gauche. Il y a ébauche du phénomène du pied. La sensibilité est intacte, les pupilles sont normales. Il n'y a ni diplopie, ni strabisme. Mais lorsque le malade porte rapidement les yeux de gauche à droite ou inversement, il y a un peu de nystagmus, ce qui est un signe important. A l'examen ophtalmoscopique, on note un peu de névrite partielle du nerf optique.

En résumé, avant d'en arriver à cette phase de sclérose en plaques avérée, mon malade a passé par quatre autres phases : α) hémiplégie incomplète sans prodrômes ; β) symptômes d'ataxie cérébelleuse incomplète, imputables à une profonde neurasthénie; γ) astasie-abasie ; δ) tremblement.

Cette observation donne lieu à quelques remarques intéressantes. Et d'abord, il convient de dire quelques mots sur les troubles vésicaux qu'on a niés pendant longtemps dans la sclérose en plaques. Déjà, en 1889, Oppenheim a montré qu'il y avait de la lenteur dans l'émission de l'urine. Mon malade a eu cette lenteur au début; puis il a eu de l'incontinence vraie ; aujourd'hui, enfin, il n'a plus que de l'hésitation avant d'uriner.

Une autre question qui se pose est celle de savoir si mon malade n'est pas un hystérique. Ce qui plaide contre cette manière de voir, c'est l'absence de troubles de sensibilité pendant longtemps. Actuellement, il est vrai, la sensibilité tactile et la sensibilite thermique sont émoussées. Mais, depuis les recherches de Freud, on sait que, dans la sclérose en plaques, il y a des troubles de sensibilité qui ont pour caractère principal d'être fugitifs. Enfin, ce qui démontre bien qu'on est en présence d'une sclérose en plaques, ce sont les troubles oculaires : nystagmus, dyschromatopsie, existence d'une névrite vraie constatée à l'ophtalmoscope.

Mais ne devrait-on pas, chez mon malade, superposer l'hystérie sur la sclérose en plaques? Depuis l'observation de Grasset, on sait bien que cette coexistence est possible. D'ailleurs, l'astasie-abasie que nous avons observée permettrait de s'arrêter à cette supposition.

Dans la seconde observation que je présente à la Société, il s'agit d'une enfant de 3 ans, dont les parents eurent la grippe en février dernier. En même temps, ses frères furent atteints et l'un d'eux eut même une broncho-pneumonie. La fillette, jusque-là saine et robuste, fut prise de fièvre, le 25 février, avec des symptômes d'amygdalite. Elle devint bientôt pâle et anémiée. Vers le milieu du mois de mars, une recrudescence s'opéra dans son état, les amygdales furent de nouveau le siége d'une sécrétion assez marquée; plus tard s'ajoutèrent des troubles intestinaux, l'amygdalite disparut bientôt, mais les ganglions persistèrent. Devant tous ces symptômes, je crus d'abord à une poussée de tuberculose aiguë.

Mais je vis bientôt apparaître des crises de convulsions unilatérales et localisées du côté gauche. Elles continuèrent pendant le mois de mai.

L'intelligence est conservée, mais après chaque crise l'enfant

devient sombre et se plonge dans un mutisme dont rien ne la fait sortir. Elle est d'une maigreur squelettique. Cet état dure jusqu'au mois de juin et est suivi d'une guérison aujourd'hui complète. L'enfant jouit de toute son intelligence, elle a un certain degré d'embonpoint. Sa marche seule présente quelque anomalie : elle jette la jambe en dehors avec la pointe du pied tournée en dedans, ce qui dénote une certaine parésie du groupe des péroniers latéraux. Mais il n'y a pas trace d'atrophie. Le réflexe rotulien est encore exagéré du côté qui fut convulsé.

Au total, nous voyons que cette observation, bien différente de de la première, nous montre un cas d'encéphalite scléreuse ayant porté sur la zone motrice de l'hémisphère droite, et qui s'est développée à la suite d'une infection grippale, dans un milieu épidémique. Des phénomènes de ce genre ont été attribués à la syphilis héréditaire ; mais, nous savons aujourd'hui, et cette observation en est une nouvelle preuve, qu'ils peuvent survenir après des pyrexies, telles que la fièvre typhoïde, la variole et même la grippe.

M. Galliard. — Lorsque je faisais la consultation de l'Hôtel-Dieu, j'ai eu l'occasion de voir un homme de 38 ans, qui était atteint de sclérose en plaques paraissant consécutive au choléra. Quoique je ne puisse apporter sur ce malade que des documents incomplets, n'y aurait-il pas lieu de faire rentrer ce cas dans la catégorie de ceux que M. Rendu vient de rapporter?

M. Rendu. — Je tiens à faire remarquer que ma première observation présente un intérêt particulier, parce que j'ai pu suivre malgré les difficultés du début, au point de vue du diagnostic, l'évolution d'une sclérose en plaques d'origine nettement grippale.

M. Marie. — M. Rendu m'a fait l'honneur de rappeler, au début de sa communication, un travail que je fis autrefois sur la sclérose en plaques infantile, et dans lequel j'établissais l'origine infectieuse de cette affection. Mais je tiens à dire que sur les cinq observations que j'ai rapportées à ce moment-là, et dont une seule m'était personnelle, je crois aujourd'hui qu'il n'y avait pas un seul cas de sclérose en plaques. C'étaient, selon toute probabilité, des cas de sclérose cérébrale, sans doute lobaire.

Abcès aréolaires du foie.

M. Œttinger. — De récentes discussions ont déjà attiré l'attention de la Société sur cette question. MM. Chauffard et Achard ont apporté des documents qui nous ont permis de conclure que, souvent, l'étiologie de la suppuration intra-hépatique nous échappe. Tel est le cas d'une observation que j'ai l'honneur de vous soumettre, et dont voici le résumé :

Un homme de 28 ans, sans antécédents antérieurs autres qu'une scarlatine contractée à l'âge de 5 ans, a vécu aux colonies, sans en rapporter d'impaludisme, d'entérite ni de syphilis, sur le compte desquels on puisse mettre un abcès hépatique. De retour à Paris, il mène une vie misérable. Le 16 mai 1894, après une course fatigante, il est pris, dix jours avant d'entrer à l'hôpital, de malaise, de vertige et d'un violent point de côté hépatique. A son entrée dans mon service, je constate un foie volumineux s'étendant de la cinquième côte jusqu'à six travers de doigt en dessous des fausses côtes, et allant, d'autre part, jusqu'à l'ombilic. La palpation en est douloureuse. Il n'y a pas d'ictère, mais de l'urobilinurie. L'urine renferme des pigments biliaires, mais pas d'albumine. La rate est grosse ; il y a une diarrhée abondante se traduisant par cinq ou six selles par jour. La langue est blanchâtre et recouverte d'un enduit saburral. La température monte à 39°, l'agitation est extrême.

Le lendemain, il y avait des râles fins, sous-crépitants à la base droite, et le soir de ce jour une dyspnée avec 44 respirations à la minute. Le malade tousse, il a une expectoration de pneumonique et du hoquet. Le foie est toujours douloureux. Une ponction est faite sans résultats. Bientôt les crachats deviennent muco-purulents. On [illegible] ouverture d'un abcès de la face convexe du foie dans les bronches. Le pouls est à 130, les urines jaune-orangé s'élèvent à 1,100 grammes par jour. Le diagnostic d'abcès du foie s'impose de plus en plus, car l'expectoration devient bilieuse.

Une nouvelle ponction permet de retirer un liquide hémorrhagique. On se croit dans une poche de péritonite sus-hépatique. Le liquide contient des streptocoques et des staphylocoques blancs.

La voussure hépatique augmente, la paroi s'œdématie ; après une nouvelle ponction, l'état général devenant plus grave, on fait la thoracotomie, mais le malade n'est pas en état de supporter l'opération et il meurt.

A l'autopsie, le foie est volumineux, descend jusqu'à la fosse iliaque et refoule le poumon : il y a de la péritonite manifeste. A la partie postérieure du foie, on remarque un gros abcès qui s'étend jusqu'à la partie supérieure du rein droit. Les parois de cet abcès sont tomenteuses et hérissées de saillies. Il y a, dans le reste du foie, d'autres abcès à parois plus régulières, à tel point que tout le foie ressemble, à la coupe, à une véritable éponge à cause des petits abcès qui y sont disséminés partout. Les voies biliaires sont normales, la rate est volumineuse. Il y a adhérence de la base du poumon avec le diaphragme. Tous les autres viscères sont normaux.

Histologiquement parlant, on a examiné le parenchyme hépatique contigu à l'abcès. Les espaces portes étaient élargis, infiltrés de cellules embryonnaires avec de nombreux microorganismes de différentes espèces. Les canalicules biliaires n'offraient pas d'altérations et les veines intra-lobulaires étaient à peu près saines, mais on y trouvait des microorganismes (streptocoques et staphylocoques). Les cellules hépatiques se coloraient mal et avaient subi en partie la dégénérescence graisseuse.

En résumé, le début a été brusque, l'évolution rapide, il y a eu plus de symptômes hépatiques que de symptômes d'infection purulente. La douleur a toujours été le symptôme dominant.

L'examen bactériologique du pus des abcès a révélé la présence de staphylocoques et de streptocoques. Donc, la stérilité de ces abcès hépatiques ne serait qu'une stérilité apparente. Car, si le pus ne contient pas de microorganismes, à un moment donné, cela ne prouve pas qu'il n'en a pas contenu.

Au point de vue étiologique, si on rapproche ce fait de ceux d'Achalme, Achard, Chauffard, etc., on peut voir que ces derniers présentaient tantôt une cause connue comme une suppuration de la muqueuse biliaire, ou une lésion intestinale, et que tantôt, l'infection hépatique était le premier stade de la maladie. C'est de ces derniers cas que se rapproche mon observation. Je n'ai pas retrouvé la porte d'entrée de l'infection hépatique.

Si les causes sont différentes, les caractères anatomiques sont identiques ; les abcès aréolaires sont peut-être un stade dans l'évolution des gros abcès du foie. En tout cas, ils méritent une place à part dans la clinique, car ils se différencient nettement des abcès dysentériques et des abcès volumineux du foie par deux grands caractères : leur évolution est rapide et l'intervention chirurgicale ne donne pas de résultats. J. P.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 décembre.

Dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle secondaire à un foyer cérébral.

M. Durante rapporte les résultats de l'autopsie d'un malade chez lequel il a rencontré un foyer hémorrhagique, datant de douze jours, qui intéressait une partie de la capsule interne et la couche optique du côté gauche: chose intéressante, il y avait dans la moelle, outre une dégénérescence commençante du faisceau pyramidal croisé et du faisceau de Gowers, une dégénérescence des cordons postérieurs que l'on pouvait suivre, à travers le bulbe, jusqu'à la région dorsale supérieure. Le faisceau de Goll seul avait été atteint par cette dégénérescence et encore ne l'était

il totalement que dans la région cervicale de la moelle. D'ailleurs, l'ensemble de la lésion de dégénérescence diminuait d'intensité et d'étendue à mesure que l'on considérait une région plus inférieure de la moelle. En résumé, contrairement aux faits d'habitude observés, la dégénérescence des cordons postérieurs aurait ici suivi une marche descendante.

Toxicité urinaire chez les cancéreux.

MM. Gaudier et **Hilt** (de Lille) communiquent leurs recherches sur la toxicité des urines chez les gens atteints de tumeurs. La toxicité est toujours normale, si la tumeur est bénigne; elle est toujours augmentée si cette tumeur est cancéreuse. De là un procédé utilisable dans le diagnostic différentiel des tumeurs.

Toxicité du suc thyroïdien.

M. Gley rappelle que la toxicité du suc thyroïdien, sur laquelle les médecins ont insisté dans ces derniers temps (Voir *Gazette Médicale* du 22 décembre 1894, n° 51), a été signalée par les physiologistes en 1887. J. P.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 décembre.

De l'emploi des sels de quinine.

M. Bardet. — Je veux présenter à la Société quelques remarques sur l'administration des sels de quinine aux gens qui vont dans les pays palustres. L'emploi de la quinine dans ces conditions était universellement admis jusqu'à ces derniers temps. Mais aujourd'hui le nombre des maladies justiciables de cette thérapeutique va en diminuant, surtout depuis que Ross (des Indes), Miranda Azevedo (du Brésil), Treille (d'Alger) ont montré que les accès infectieux ayant leur origine dans les fièvres bilieuses tropicales doivent être plus à redouter que les fièvres palustres elles-mêmes. On sait que ces accès apparaissent chez les Européens habitant les pays chauds, dont l'hygiène est défectueuse et qui se livrent à des excès alcooliques. Aussi il faudrait, avant tout, surveiller l'hygiène des armées envoyées dans ces pays, et leur interdire le transport de boissons alcooliques. On obtiendrait de meilleurs résultats qu'avec l'emploi préventif de la quinine, qu'on réserverait pour les cas où elle devient indispensable, lors d'un séjour dans les régions basses maremmatiques, par exemple. Il faut se rappeler aussi quelle est l'action irritante de la quinine sur les organes digestifs; sous cette influence le sujet s'affaiblit, et, d'autre part, il reste insensible aux sels de quinine, le jour où leur administration est nécessaire.

M. Ferrand. — La médication quinique offre de réels inconvénients, si l'on en abuse. Il me semble qu'au point de vue préventif, le quinquina doit être préféré.

Le gaïacol dans la pleurésie et la néphrite scarlatineuse.

M. Miron-Sigalea (de Roman) rappelle qu'il a été le premier à appliquer les badigeonnages de gaïacol aux épanchements de la plèvre et qu'ils ont toujours été suivis de succès, réussissant souvent là même où la thoracentèse échoue. Depuis, l'auteur a obtenu des résultats excellents en appliquant des badigeonnages de gaïacol sur la région lombaire des scarlatineux. Il n'a jamais observé les accidents d'hypothermie que l'on reproche au gaïacol.

M. Ferrand déclare qu'il n'a observé de collapsus consécutif à l'emploi du gaïacol que chez les individus très affaiblis et très cachectiques.

MM. Vogt et Crinon pensent qu'il faut incriminer la diversité des produits employés sous le nom de gaïacol. Le gaïacol est cristallisé ou il ne l'est pas. Il est évident que le gaïacol non cristallisé est une substance absolument indéterminée. J. P.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 13 décembre. — Présidence de M. Besnier.

Note sur un cas d'ichthyose kératosique avec séborrhée.

MM. Ernest Dupré et **Mosny.** — Le malade est un Breton, du Finistère, de 23 ans, chez lequel ont débuté, à l'âge de 3 mois, les lésions actuelles. Celles-ci se présentent sous l'aspect de productions cornées exubérantes, occupant les pieds et les mains, et dont les proportions monstrueuses attirent tout d'abord l'attention. Limitées aux faces palmaires et plantaires des extrémités, sauf au niveau des doigts, où elles occupent également les faces dorsales des phalangins et phalangettes, les lésions sont constituées par un faisceau touffu de tiges cornées, résistantes, gris-jaunâtres, sèches, irrégulièrement prismatiques, longues de six à neuf centimètres, imbriquées les unes sur les autres à leur partie inférieure, et dont l'implantation massive sur les régions palmo-plantaires masque le substratum commun de la prolifération kératosique. Aux pieds, les cornes, tassées par la pression, sont moins longues et plus larges. Aux limites des régions malades, la peau présente un aspect de mosaïque grisâtre irrégulière, formée par la juxtaposition cohérente de petits plateaux cornés, séparés par des sillons entrecroisés, qui représentent un stade moins avancé de la lésion épidermique : une bordure érythémateuse de quelques masses établit la transition entre les parties saines et malades.

Certains îlots de la même lésion existent, sur les membres, aux régions olécrâniennes et rotuliennes, et, à la face, au niveau des lèvres, qui sont fissurées, crevassées, et présentent des points d'hypertrophie papillomateuse : la muqueuse palatine offre des lésions analogues, moins accentuées. Le cuir chevelu, presque entièrement chauve, rappelle, sous poils moniliformes bien apparents, l'aspect des alopécies congénitales de l'aplésie moniliforme (Sabouraud).

Le reste des téguments est le siège d'une altération diffuse, prédominante à la face d'extension, dont l'aspect rappelle celui de la peau ichthiasique décapée : il existe, dans les plis de flexion, des concrétions séborrhéiques. Pas de lésions viscérales ni de symptômes nerveux à signaler : l'intelligence est suffisante. Les avant-bras, atteints, à cause des lésions des mains, d'impotence fonctionnelle, présentent de l'amyotrophie. Aucune hérédité ascendante ou collatérale à relever chez le malade.

Les coupes, pratiquées sur un fragment prélevé au niveau de la tabatière anatomique, à la limite des lésions, dénotent une hypertrophie de toutes les couches de la peau. La couche muqueuse de Malpighi est extrêmement étroite ; la couche granuleuse et surtout la couche cornée sont, au contraire, font épaissies. Les papilles sont énormément accrues. On observe, principalement autour des glandes et des vaisseaux, de l'hypertrophie et de l'hyperplasie des éléments conjonctifs, et surtout élastiques, du derme. Les recherches bactériologiques sont demeurées négatives.

On peut conclure de l'étude de ce cas, fort intéressant et fort rare, qu'il s'agit de lésions d'ichthyose, d'apparence kératosique (ichthyose hystrix des Allemands), qui se rapprochent par certains de leurs aspects, des nœvi verruqueux congénitaux.

Tuberculose linguale et glossite dentaire.

M. Mendel. — Ce malade a été atteint, il y a un mois, d'une ulcération linguale indurée en tout semblable à un chancre syphilitique. Elle était même accompagnée d'un engorgement ganglionnaire considérable. Mais le malade ayant attiré l'attention sur l'irritation constante que lui causait sa première grosse molaire, cette dent fut limée et l'ulcération linguale se modifia ; néanmoins, elle ne guérit pas et se transforma en une ulcération tuberculeuse type, entourée de ces points blanc-jaunâtres, sur lesquels Trélat a appelé l'attention. Cette ulcération est indurée, vraisemblablement en raison de l'irritation dentaire prolongée à laquelle elle a été soumise.

Altérations nécrotiques et gangréneuses unilatérales de l'extrémité céphalique.

MM. **Hallopeau** et **Le Damany** communiquent une deuxième note sur la maladie qu'ils ont d'abord dénommée zona anormal avec gangrène massive et à laquelle ils ont définitivement appliqué l'étiquette d'altérations nécrotiques et gangréneuses unilatérales de l'extrémité céphalique. Ils formulent ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail. Une tropho-névrose analogue au zona peut donner lieu à la formation dans une moitié de l'extrémité céphalique de mortifications multiples; elles peuvent occuper simultanément les téguments de la face, du crâne et du haut du thorax, ainsi que les muqueuses buccale et palatine; les unes sont purement nécrobiotiques et donnent lieu à la destruction du tissu sans l'intervention de microbes gangrénogènes par un mécanisme analogue à celui qui intervient dans l'antbrax; d'autres se compliquent de gangrène, celle-ci peut prendre une extension progressive et constituer ainsi une complication redoutable. La maladie suit une marche cyclique analogue à celle du zona; les lésions gangréneuses progressives peuvent donner l'idée d'une pustule maligne : les résultats négatifs à cet égard des examens bactériologiques des cultures et des inoculations prouvent qu'il ne s'agit pas de pustules malignes.

Tuberculose cutanée probable.

M. L. **Vickham** présente un malade dont le diagnostic est fort difficile à établir par les seuls signes cliniques. Aussitôt que les recherches histologiques et bactériologiques auront apporté leur appoint, le malade sera présenté à nouveau à la Société.

Les lésions ont commencé il y a 15 mois. Ce sont de larges placards au nombre d'une dizaine environ : placards situés au tronc, aux joues, au cuir chevelu. Ils sont rouges, assez superficiels et semés d'ulcérations. Leurs bords sont parfois bien circinés. De ces lésions s'écoulait, à l'entrée du malade, une suppuration très abondante. Le malade ne présente dans ses antécédents ni syphilis, ni tuberculose. Du reste, il ne semble pas que le diagnostic de syphilis puisse être posé, car les ulcérations sont disséminées dans l'aire des plaques, au lieu de se trouver à la périphérie comme dans la syphilis. Le diagnostic de tuberculose est bien plus probable, mais il a besoin d'être contrôlé par le laboratoire.

Gangrène de la langue d'origine très probablement syphilitique.

M. **Mendel** présente un cas de gangrène de la langue d'origine très probablement syphilitique. Il s'agit d'un homme de 55 ans qui se présente à l'hôpital Saint-Louis dans l'état suivant : la langue, quoique entièrement contenue dans la bouche, était énorme; son tiers antérieur était verdâtre et mollasse. Deux jours après, toute la partie verdâtre se détachait sous forme de détritus fétides et la partie vivante montrait une surface de séparation déjà en voie de réparation.

Quoiqu'on ait déjà signalé deux ou trois cas semblables dans l'épithélioma de la langue, il semble plus probable qu'ici la syphilis est en jeu et qu'on soit en face d'une gomme phagédénique d'étendue exceptionnelle. En effet, le malade a eu la syphilis en 1882, il s'est fort peu soigné; d'autre part, on constate dans ce cas l'absence des signes ordinaires du cancer, savoir : l'engorgement ganglionnaire, la cachexie, les douleurs spontanées et otalgiques, la fétidité et l'écoulement sanguin.

Lupus érythémateux symétrique des mains.

MM. **Gaucher** et **Barbe**. — Voici encore un de ces faits qui viennent plaider en faveur de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux : H..., âgée de 36 ans, a vu survenir, il y a deux ans, l'éruption qu'elle présente actuellement aux mains.

Des taches d'un rouge violacé se montrèrent d'abord sur la face dorsale de la main droite; ces taches se réunirent bientôt en une seule, couvrirent toute la partie antérieure de cette face dorsale et s'étendirent même sur la face dorsale des doigts. Bientôt la face palmaire de la main et des doigts fut prise à son tour et l'éruption gagna même l'avant-bras jusqu'à 3 centimètres au-dessus de l'articulation du poignet. Sur la face dorsale de la main gauche, il n'existe qu'une petite tache érythémateuse, sitée au niveau du troisième métacarpien, mais la face palmaire de la main et des doigts, les bords radial et cubital sont envahis comme à droite. Au niveau du poignet, le lupus tend à remonter sur la face antérieure de l'avant-bras. Il n'y a pas de démangeaisons; il n'y a pas de suintement, ni de croûtes, les ongles sont intacts; par conséquent, on peut éliminer l'eczéma.

Si on remonte dans les antécédents de la malade, on trouve qu'à l'âge de 8 ans, celle-ci a présenté une carie du maxillaire inférieur qui a donné naissance à trois abcès froids; le malade a rendu quelques séquestres par la bouche. L'affection aurait duré sept années. Enfin, depuis deux ans, la malade se plaint d'une petite toux sèche; à l'examen de la poitrine, elle présente des lésions suspectes des sommets.

En résumé, cette femme, atteinte autrefois de tuberculose, offre aujourd'hui des signes de bacillose pulmonaire et un lupus érythémateux typique.

LOUIS WICKHAM.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Par suite de la création de deux services nouveaux de diphtérie, l'un à l'hôpital Trousseau et l'autre aux Enfants-Malades, les mutations suivantes auront lieu, à partir du 1er janvier prochain, dans le personnel des médecins :

M. Sevestre passe de l'hôpital Trousseau aux Enfants-Malades; M. Netter, de la Pitié à Trousseau; M. Variot, de Hérold à Trousseau, M. Babinski, de Tenon à la Pitié; M. Richardière, de Tenon à Hérold; M. Mathieu, de Sainte-Périne à Tenon; M. Delpeuch, des Ménages à Tenon; M. Lermoyez, d'Aubervilliers à Sainte-Périne; M. Œttinger, du Bureau Central à Aubervilliers; MM. Bourcy et Roger, du Bureau Central à la Maison municipale de Santé.

NOUVELLES

Collège de France.

M. d'Arsonval, membre de l'Académie des sciences, est nommé professeur titulaire de la chaire de médecine au Collège de France, vacante depuis la mort de Brown-Sequard.

Institut vaccinal contre la diphtérie.

D'après un *modus vivendi* établi entre l'Institut Pasteur, la Ville de Paris et le département de la Seine, il est créé un Institut vaccinal contre la diphtérie. La Ville de Paris prend à sa charge toutes les dépenses de premier établissement, peu considérables d'ailleurs, et le budget annuel sera assuré pour partie (15,000 fr.) par la Ville et pour partie (5,000 fr.) par le département. Cette institution devra assurer la distribution du sérum antidiphtérique à toutes les communes du département de la Seine.

Monument Charcot.

La commission pour l'érection du monument à la mémoire du professeur Charcot s'est réunie, il y a quelques jours, chez son président, le professeur Brouardel.

Les sommes souscrites s'élèvent actuellement, en chiffres ronds, à 35,000 francs.

Dès qu'on aura reçu les souscriptions recueillies par les comités étrangers, les listes seront closes.

A la Chambre.

Dans sa séance de samedi dernier, la Chambre des députés a adopté, à l'unanimité, une proposition de loi tendant à ouvrir au ministère de l'intérieur, sur l'exercice 1894, un crédit de 200,000 francs, sous la rubrique « Subvention à l'Institut Pasteur pour subvenir aux besoins du traitement de la diphtérie par la sérothérapie ».

Au Sénat.

Au cours de la deuxième délibération sur le projet de loi relatif à l'exercice de la pharmacie, le Sénat a changé complètement d'opinion en ce qui touche la délivrance des médicaments par les médecins et l'article 12 a été modifié dans le sens du retour à la loi du 21 germinal an XI, actuellement en vigueur. Voici le texte de cet article tel qu'il a été voté dernièrement :

« L'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme avec celle de pharmacien ou d'herboriste est interdit, même en cas de possession, par le même titulaire, des diplômes conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'est pas applicable aux porteurs actuels de ces deux diplômes.

» Les médecins exerçant dans une commune où il n'y a pas d'officine de pharmacien pourront porter des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte. Ils seront soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

» Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la commune qu'ils habitent, sont autorisés à administrer soit chez eux, soit chez leurs malades, certains remèdes dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique. »

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix de 1894.

(*Suite et fin.*)

PRIX ITARD. — 2,400 francs. (Triennal.)

Décerné à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Huit ouvrages ont été soumis au jugement de la Compagnie.

L'Académie décerne :

1° Un prix de 2,000 francs à M. le docteur Chauffard, de Paris, auteur du travail inscrit sous le n° 3 ;

2° Une mention très honorable avec une somme de 400 francs à M. le docteur Courtois, médecin aide-major au 55e d'infanterie, à Nice, pour son ouvrage portant le n° 6 ;

3° Une mention honorable à M. le docteur Vanlair, de Bruxelles, pour son manuel inscrit sous le n° 2 ;

4° Une mention honorable à M. le docteur Juhel-Rénoy, de Paris, auteur du travail portant le n° 8.

PRIX LABORIE. — 5,000 francs. (Annuel.)

Décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notamment la science de la chirurgie.

Douze candidats se sont présentés.

L'Académie décerne :

1° Un prix de 2,000 francs à M. le docteur Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris, et M. le docteur Mauhrac, de Paris, pour leur ouvrage fait en collaboration portant le n° 11 ;

2° Un encouragement de 500 francs à M. le docteur Delorme, professeur au Val-de-Grâce, travail n° 12 ;

3° Un encouragement de 500 francs à M. le docteur Demosthen, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest, ouvrage n° 1 ;

4° Un encouragement de 500 francs à M. le docteur Félizet, de Paris, travail n° 4 ;

5° Un encouragement de 500 francs à M. le docteur Mauclaire, de Paris, ouvrage n° 9 ;

6° Un encouragement de 500 francs à M. le docteur Schwartz, de Paris, travail n° 2 ;

7° Des mentions très honorables à MM. les docteurs Binaud, de Bordeaux ; Forgue, de Montpellier ; Reclus, de Paris ; Guillemain, de Paris ; Nimier, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et Tollet, ingénieur, à Paris.

PRIX LAVAL. — 1,000 francs. (Annuel.)

Décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Le choix de cet élève appartient à l'Académie de Médecine.

Le prix est décerné à M. Levert, licencié ès-sciences physiques, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2,600 francs. (Annuel.)

Décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Dix ouvrages ont été adressés à la Compagnie.

L'Académie décerne :

1° Un prix de 1,600 francs à MM. les docteurs Broca et Lubet Barbon, de Paris, auteurs du mémoire portant le n° 10 ;

2° Une récompense de 500 francs à M. le docteur Nimier, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour son mémoire inscrit sous le n° 2 ;

3° Une récompense de 500 francs à M. le docteur Gellé, de Paris, pour son ouvrage portant le n° 7.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1,500 francs.

M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée « à subventionner », par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

Sept candidats se sont présentés.

L'Académie décerne :

1° Un prix de 1,000 francs à M. le docteur Lermoyez, de Paris, auteur de l'ouvrage portant le n° 6 ;

2° Un encouragement de 500 francs, à M. le docteur Marcel Baudouin, de Paris, pour son travail inscrit sous le n° 3.

Des mentions honorables sont, en outre, accordées à :

1° M. Bourgès, vétérinaire en premier au 4e hussards, mémoire inscrit sous le n° 1 ;

2° M. le docteur Meilhon, médecin de l'asile d'Aliénés de Montauhan, ouvrage n° 5 ;

3° M. le docteur Delvaille, de Bayonne, pour son travail portant le n° 7.

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. (Annuel.)

Décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé d'une substance médicamenteuse.

Un seul mémoire a été soumis au concours.

L'Académie ne décerne pas le prix.

Le même sujet sera reporté pour l'année 1897.

PRIX OULMONT. — 1,000 francs. (Annuel.)

Décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (chirurgie).

Le prix a été décerné à M. Souligoux, interne des hôpitaux de Paris.

PRIX ORFILA. — 6,000 francs. (Bisannuel.)

Question : *Existe-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale ?*

Deux concurrents se sont présentés.

Le prix n'est pas décerné, mais l'Académie accorde un encouragement de 1,000 francs à l'auteur du mémoire n° 2, M. le docteur Vicente Coronado, membro del laboratorio bacteriologico de la Cronica Medica de la Habana (Isla de Cuba.)

D'après les intentions du testateur la somme de 5,000 francs restant disponible sera versée dans la Caisse de l'Association des médecins de la Seine.

PRIX PORTAL. — 600 francs. (Annuel.)

Question : *Anatomie pathologique des maladies causées par le bacterium coli commune.*

L'Académie a reçu un seul mémoire à ce sujet.

Le prix est décerné à M. le docteur Macaigne, de Paris, auteur de ce travail.

PRIX POURAT. — 1,000 francs. (Annuel.)

Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

Aucun candidat ne s'est présenté, l'Académie remet la même question au concours pour l'année 1897.

PRIX SAINTOUR. — 4,400 francs. (Bisannuel.)

Décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Quarante-quatre concurrents se sont présentés.

L'Académie partage un prix de 2,000 francs entre M. le docteur Letulle, de Paris, auteur de l'ouvrage portant le n° 10, et M. Alfred Franklin, administrateur de la Bibliothèqu[illegible]azarine, pour ses différents travaux inscrits sous le n° 20.

Des encouragements sont, en outre, accordés :

1° 400 francs à M. le docte[illegible]e Janet, de Paris, pour son travail inscrit sous le n° 13 ;

2° 400 francs à M. le docteu[illegible] médecin major de 1re classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce, ouvrage portant le n° 18 ;

3° 400 francs à MM. les docteurs Ribemont-Dessaignes et Lepage, de Paris, auteurs du travail inscrit sous le n° 28 ;

4° 400 francs à M. le docteur Verchère, de Paris, ouvrage n° 29 ;

5° 400 francs à M. le docteur Chipault, de Paris, travail n° 43 ;

6° 200 francs à M. Verwaest, de Paris, docteur en droit, auteur de l'ouvrage inscrit sous le n° 5 ;

7° 200 francs à M. le docteur Henry Lamy, de Paris, pour son travail n° 31.

PRIX SAINT-LAGER. — 1,500 francs.

Extrait de la lettre du fondateur :

« Je propose à l'Académie une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. »

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Aucun candidat ne s'est présenté, la même question est remise au concours pour l'année 1896.

PRIX SAINT-PAUL. — 25,000 francs.

M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme qui sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède. reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphtérie*.

Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné, tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphtérie lui auront paru mériter cette récompense.

Trente-trois ouvrages sur la diphtérie ont été adressés pour ce concours.

L'Académie décerne un prix d'encouragement de 1,800 francs à M. docteur Bourges, de Paris, auteur du travail inscrit sous le n° 16.

PRIX STANKI. — 1,800 francs. (Bisannuel.)

Décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Un seul mémoire a été présenté.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une récompense de 500 francs à MM. les docteurs Thoinot et Dubief, de Paris, auteurs de ce travail.

PRIX VERNOIS. — 700 francs. (Annuel.)

Décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

L'Académie a reçu seize ouvrages pour ce concours.

Le prix est décerné à M. le docteur Vincent, médecin aide-major, chef du laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire du Dey à Alger, pour son ouvrage inscrit sous le n° 6.

Des mentions honorables sont, en outre, accordées à :

1° M. le docteur Simon, médecin de 1re classe des colonies, auteur du travail portant le n° 5 ;

2° M. le docteur Leroy des Barres, de Saint-Denis, pour son ouvrage n° 7 ;

3° M. le docteur Gautrez, de Clermond-Ferrand, pour son travail inscrit sous le n° 9 ;

4° M. le docteur Bouchereau, médecin-major de 2e classe, et M. le docteur Grasset, médecin de l'hôpital de Riom, auteurs du travail n° 11

5° M. le docteur Bec, d'Avignon, pour son mémoire portant le n° 15.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES

L'Académie a proposé et M. le ministre de l'intérieur a accordé, pour le service des eaux minérales de la France, pendant l'année 1892 :

1° *Médaille d'or.* — M. le docteur Ferras (de Bagnères-de-Luchon) ;

2° *Rappel de médaille d'or.* — M. le docteur Tillot (de Luxeuil) ;

3° *Médailles d'argent* — MM. les docteurs Catbelineau, G. Pouchet (de Paris) ; de la Garde (de Bagnère-de-Bigorre) ; Gasser et Messerer (médecins militaires) ;

4° *Rappels de médailles d'argent.* — MM. les docteurs Forestier (d'Aix-les-Bains) ; Heultz (de la Bourboule) ; Lavielle (de Dax) ;

5° *Médailles de bronze.* — MM. les docteurs P. Raymond (de Paris) ; Censier (de Bagnoles) ; Emond (du Mont-Dore) ; Rolland (de Divonne) ; M. Mallat (de Vichy).

SERVICE DES ÉPIDÉMIES

L'Académie a proposé et M. le ministre de l'intérieur a accordé, pour le service des épidémies en 1893 :

1° *Médailles d'or.* — MM. les docteurs Blanquinque (de Laon) ; Durand (de Marseillan) ; Legée (d'Abbeville) ;

2° *Rappels de médailles d'or.* — MM. les docteurs Chabenat (de la Châtre) ; Ficbot (de Nevers) ; Fiessinger (d'Oyonnax) ; Lallemant (de Dieppe) ; Pennetier (de Rouen) ;

3° *Médailles d'argent.* — MM. les docteurs Bunel (de Paris) ; Bard (de Lyon) ; Bertin (de Nantes) ; Gorez (de Lille) ; Lang (de Liverdun) ; Lepage (d'Orléans) ; P. Mantel (de Saint-Omer) ; Mathieu (de Vassy) ; Liron (médecin militaire) ;

4° *Rappels de médailles d'argent.* — MM. les docteurs André (de Toulouse) ; Balestre (de Nice) ; Pantbier (de Senlis) ; Pedrono (de Lorient) ; Tuefert (de Montbéliard) ; Dubrulle (médecin militaire) ;

5° *Médailles de bronze.* — MM. les docteurs Barrault, Mougeot (de Paris) ; Bastiou (de Lannion) ; Charlier (du Havre) ; Delbecq (de Gravelines) ; Dezautières (de La Machine) ; Grizou (de Châlons-sur-Marne) ; Guiol (de Toulon) ; Hoel (de Reims) ; Jaubert (d'Amale) ; Lesueur (de Bernay) ; Loir (de Tunis) ; Magnant (de Gondrecourt) ; Malaingre (de Chaumont) ; Morisset et Meyer (de Mayenne) ; Léjournet (de Revin) ; Soulié (d'Alger) ; Vergely (de Bordeaux) ; Bernard, Bertbelé, Comte, Courtet, Delaborde, Delmas Fonrnié, Hublé, Jaubert, Mertz, Olivier, Prieur, Tartière, Trifaud, Toussaint (médecins militaires) ; Négadelle, Vincent (médecins de la marine) ; M. Lacour (pharmacien militaire) ; M. Alexandre (médecin vétérinaire à Paris).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE

M. le ministre de l'intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2,000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde aux mémoires ou travaux, en dehors de la question de prix :

1° *Médaille de vermeil.* — M. le docteur Faivre (de Paris) ;

2° *Rappel de médaille de vermeil.* — M. Bournet (Ampleplnis, Rhône) ;

3° *Médaille d'argent.* — MM. Augé (Reuilly, Indre), M. Baratier (Jeugny, Aube), Czajewski (Orléans), Doumic (Poissy, Seine-et-Oise), Gaudefroy (Vatan, Indre) ;

4° *Rappel de médaille d'argent.* — MM. Audoin, inspecteur départemental (Périgueux), Barthés (Caen), Carassus (Milly, Seine et-Oise), Coffignon (Marle, Aisne), Delobel (Noyon, Oise), Durand (Saint-Martin-d'Auxigny, Cher) ;

5° *Médaille de bronze.* — MM. Béretta, inspecteur départemental (Amiens), Lehec (Châtillon-sur-Indre).

SERVICE DE LA VACCINE

I. *Un prix de 1,500 francs*, à partager de la façon suivante : 500 francs à M. Antony, médecin-major, 400 francs à M. Lombard, médecin aide-major, à Tiaret (Algérie), 300 francs à M. Courrent (Tuchan, Aude), 300 francs à M. H. Haneur, médecin de 1re classe des colonies (Tonkin).

II. *Quatre médailles d'or.* — MM. Marchoux, médecin de 1re classe des colonies (Cochinchine). — A.-J. Martin a rendu un véritable

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS LE TOME I DE LA NEUVIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1894

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Y

Z

TABLE DES AUTEURS



S

T

V

W

Y

Z